



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.

PARTE GENERAL	4
2.1.5. Salud y bienestar	4
2.1.5.1. Introducción	4
2.1.5.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	5
2.1.5.2.1. Salud pública	5
2.1.5.2.2. Atención primaria	5
2.1.5.2.3. Atención especializada	6
2.1.5.2.4. Atención pediátrica	10
2.1.5.2.5. Salud Mental	11
2.1.5.2.6. Tiempos de respuesta asistencial	12
2.1.5.2.7. Transporte sanitario	17
2.1.5.2.8. Control de la incapacidad temporal	17
2.1.5.2.9. Políticas de salud	18
2.1.5.2.10. Derechos de las personas usuarias	21
2.1.5.2.11. Praxis asistencial	21
2.1.5.3. Quejas de oficio	22
ESTE TEMA EN OTRAS MATERIAS	23
Balance	23
B2.3. Salud	23
B3.2.1. Medidas insuficientes a favor de las personas electrodependientes	23
B5.3. Compromiso del Defensor con el impulso a Seis Causas	24
1. Personas mayores por derecho propio	24
1.3.2. La atención a las personas mayores en el ámbito residencial	24
1.4. La coordinación sociosanitaria	25
2.1.1. Dependencia	28
2.1.1.1. Introducción	28
2.1.1.2.6.2. La alteración provocada por los nuevos criterios de acceso al Servicio de Atención Residencial	28
2.1.2. Educación y Universidades	29
2.1.2.1.1. Introducción	29
2.1.2.1.2.6.1. Educación especial	31
2.1.2.3. Actuaciones de oficio	32



2.1.3. Infancia y adolescencia	32
2.1.3.1. Introducción	32
2.1.3.2.5.2. Acogimiento familiar	33
2.1.3.2.6. Responsabilidad penal de menores de edad infractores	34
2.1.4. Vulnerabilidad económica y social	34
2.1.4.2.1.4.1. Barriadas de promoción pública	34
2.1.4.2.1.4.2. Sinhogarismo y exclusión residencial, dos conceptos complementarios sobre la realidad de las personas sin hogar	36
2.1.4.2.3.1.2. Situaciones de discriminación hacia la población migrante	36
2.1.4.2.3.2.1. Actuaciones de coordinación entre administraciones para mejorar la salud de las personas privadas de libertad	37
2.1.4.2.3.2.2. Abordaje de la drogadicción en prisión. Queja de oficio 24/7529	38
2.1.4.2.3.2.3. Valoración de la discapacidad de las personas privadas de libertad. Queja de oficio 24/8887	39
2.1.4.2.4. Vulnerabilidad por razón de género	39
2.2.3. Empleo público	40
2.2.3.2.3. Personas empleadas del ámbito sanitario	40
2.2.6. Servicios de Interés General y Consumo	43
2.2.6.1. Introducción	43
2.2.6.2.1.1. Energía	44
2.2.7. Sostenibilidad y Medio Ambiente	44
2.2.7.2.1. Contaminación acústica	44
2.2.7.2.2. Contaminación atmosférica, calidad ambiental, sanidad y salubridad	45
2.2.8. Urbanismo y ordenación del territorio	45
2.2.8.1.1. Planeamiento urbanístico	45
2.3.1. Oficina de Información y Atención a la Ciudadanía	46
2.3.1.2. Datos cuantitativos	46
2.3.3. Mediación	47
2.3.3.2.1. Quejas relativas al eje de Personas	47
2.4. Resoluciones	48
2.4.1. Personas	48
2.4.1.3. Infancia y adolescencia	48
2.4.1.5. Salud y Bienestar	48
4. La colaboración de las administraciones públicas con la Institución	53
4.2. Administraciones no colaboradoras. Análisis por bloques temáticos de materias	53
4.2.1. Personas	53
4.2.1.4. Salud y Bienestar	53
4.2.2. Planeta y prosperidad	54
4.2.2.2. Empleo Público	54



REVISTA DEL INFORME ANUAL	55
Los derechos de todos los vulnerables	55
2. Eje Personas	56
La infancia en el centro de los Objetivos de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible (ODS)	56
Protagonismo del Sistema educativo en la protección del bienestar emocional del alumnado: prevención del suicidio	58
Hacia una educación inclusiva: la Educación Especial, desde lo previsto a lo real	59
Mejorando el servicio público del Punto de Encuentro Familiar en interés superior del menor	59
3. Eje Planeta y Prosperidad	60
Subvenciones y ayudas en concurrencia no competitiva. Tonto el último	60
Acceso familiar a instalaciones deportivas: Una promesa atlética para menores de edad con diabetes	62
Las bases de la convocatoria: pieza fundamental en los procedimientos de acceso al empleo público	62
El proceso de estabilización del empleo público en Andalucía	64
4. Eje Cultura de Paz	65
La buena administración: XXXVII Jornadas de Coordinación de las Defensorías del Pueblo en España	65
El impulso a la mediación y otros métodos de solución de conflictos	66
Reforzar la alianza con las entidades sociales en la defensa de los derechos y libertades de las personas	68
La coordinación entre administraciones, un reto para trabajar en entornos vulnerables	70



Parte General

2.1.5. Salud y bienestar

2.1.5.1. Introducción

La protección de la salud es un pilar fundamental del Estado del Bienestar y un derecho esencial de la ciudadanía. Durante el último año, como en los precedentes, hemos seguido enfrentando desafíos como la sobrecarga del sistema de atención primaria, las interminables listas de espera o la falta de facultativos/as de determinadas especialidades, en particular en algunas áreas sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (en adelante SSPA).

Así, este 2024 nos detendremos en políticas de **salud pública**, en las dificultades que enfrenta la **atención primaria**; la casuística variada que ofrece la atención especializada, como la que resulta de la falta de **especialistas en neurología**, la atención a **enfermedades raras** o la **reproducción humana asistida**; la **atención temprana**; la **salud mental**; los **tiempos de respuesta asistencial**; el **transporte sanitario**; el control de la **incapacidad temporal**; la aplicación de políticas de salud que afectan directamente a las mujeres, como ocurre con el derecho a la **interrupción voluntaria del embarazo** y la humanización de la **atención perinatal** en Andalucía; la atención sanitaria a **personas transexuales**, en particular las demoras que acumulan las cirugías de reasignación genital; la **actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales**; y, por último, las quejas relativas a **mala praxis** asistencial.

En el plano de las **novedades normativas** en Andalucía destacan las siguientes. En primer lugar, las numerosas reformas introducidas por el Decreto-ley 3/2024, de 6 de febrero, por el que se adoptan medidas de simplificación y racionalización administrativa para la mejora de las relaciones de los ciudadanos con la Administración de la Junta de Andalucía y el impulso de la actividad económica en Andalucía, con un título específico dedicado a las medidas en materia de salud, en el que se reforman la Ley de prevención y asistencia en materia de drogas, la de Salud Pública de Andalucía, la Ley de Farmacia y su Decreto de procedimiento de adjudicación de nuevas oficinas de farmacia, el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria, el Decreto regulador del procedimiento de Evaluación de Impacto en Salud de Andalucía, el del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud en el SSPA, el de los órganos de ética asistencial e investigación biomédica y, por último, los procedimientos de homologación de centros hospitalarios y suscripción de convenios y conciertos para la prestación de la asistencia sanitaria.

La Ley 1/2024, de 21 de junio, por su parte, ha creado el Instituto de Salud de Andalucía.

En 2024, hemos atendido reclamaciones sobre la sobrecarga del sistema de atención primaria, las interminables listas de espera o la falta de facultativos/as de determinadas especialidades, entre otras

Dentro de la organización administrativa, el Decreto 198/2024, de 3 de septiembre, ha acometido cambios en la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo.

Mientras que dentro de las políticas sanitarias, en fase de proyecto se encuentran la formulación de la I Estrategia de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía y la propuesta de la I Estrategia de Salud Digital de Andalucía 2024-2028, sometida a información pública en junio del pasado año, con la finalidad de “mejorar nuestro sistema sanitario, atendiendo a las necesidades de las personas, aprovechando la tecnología disponible y mediante un enfoque participativo y abierto a todos los agentes del Sistema Sanitario Público de Andalucía”.



2.1.5.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

2.1.5.2.1. Salud pública

Las políticas de salud pública buscan garantizar la prevención de enfermedades, la promoción de hábitos saludables y la protección de la salud colectiva. A colación de ello, el Defensor del Pueblo Andaluz ha desarrollado actuaciones por las dudas expuestas por algunas andaluzas respecto a la periodicidad adecuada de las mamografías, dentro del **Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM)**.

Concretamente, una ciudadana nos trasladaba que, aunque se le venían realizando mamografías anualmente en el SAS por sus antecedentes familiares, al cumplir 50 años había pasado al cribado bianual del citado programa, sin que en la respuesta dada a su reclamación ante el SAS se le ofreciera la explicación que habría podido disipar sus dudas, más allá de la general de tratarse de un programa indicado para las mujeres de 50 años en adelante.

La Unidad de Gestión Clínica de Salud Pública, tras revisar la historia clínica de la paciente, informó a esta Institución que el procedimiento seguido había sido acorde al Proceso Asistencial Integrado (PAI) de Cáncer de Mama, puesto que estaría catalogada de riesgo moderado, por lo que no existía indicación clínica, en base a la evidencia científica, de realizar dichas pruebas con mayor periodicidad que la bianual. A la vista de lo expuesto, consideramos que no existía irregularidad, si bien dichas explicaciones detalladas deberían haberse ofrecido a la interesada en la respuesta a su reclamación: los criterios científicos existentes aconsejan su realización bianual en los rangos de edad y con la periodicidad que ha demostrado un beneficio; salvo en el caso de las mujeres que tengan indicada una valoración y un seguimiento a través de protocolos de actuación específicos, por cumplir criterios de alto riesgo personal o riesgo de cáncer familiar o hereditario.

2.1.5.2.2. Atención primaria

Hemos de reproducir la problemática del **acceso a consultas** programadas de atención primaria, que han seguido siendo la razón de las numerosas quejas de la ciudadanía desde plurales zonas geográficas andaluzas. El volumen de demandas se ha mantenido estable en relación con el de 2023, presentando por provincias andaluzas un mayor número en Sevilla y Málaga, seguidas a bastante distancia por Granada, Córdoba y Almería.

Las dificultades para la obtención de cita con el médico de familia, presencial o telefónica, por la insuficiencia de facultativos en las plantillas de los centros de salud y consultorios, da lugar a la solicitud de atención no demorable, canalizando la demanda a través de medios no ordinarios, como las urgencias de Atención Primaria.

Los responsables de la organización de los servicios públicos de salud son conscientes de ello, por lo que a lo largo de 2024 han adoptado medidas de índole organizativa y de carácter normativo, aunque el problema no presenta perspectivas de obtener solución a corto plazo.

Entre las organizativas, a finales del año 2024 se impulsó un **plan de gestión centralizada de demanda**, dirigido a que los centros de salud pudieran dar respuesta antes de 72 horas a las personas que no pudieran conseguir cita por la aplicación digital o por teléfono, bien por un médico de familia dentro de su propio distrito, bien por consulta telefónica por un médico de otro distrito sanitario o de otra provincia que tenga disponibilidad.

Dentro del mismo se reduce el porcentaje de citas que cada Centro reserva a demandas imprevistas, del 50% al 7% y se aumenta la continuidad asistencial en todos los distritos, con consultas vespertinas.

Por su parte, el Acuerdo de 10 de diciembre de 2024, del Consejo de Gobierno, persiste en la línea emprendida por los acuerdos previos aplicados en los años 2023 y 2024, a fin de facilitar la realización de **nombramientos de carácter temporal** de personal médico especialista y personal de enfermería extranjero no comunitario por el Servicio Andaluz de Salud durante el año 2025, eximiendo del requisito de la nacionalidad, previsto en el artículo 106.1.a) de la Ley 5/2023, de 7 de junio, de la Función Pública de Andalucía.



Queda sin embargo inconcluso el proyecto de decreto por el que se establece el **régimen de acceso a puestos de difícil cobertura** de determinado personal estatutario del Servicio Andaluz de Salud, que se sometió a información pública en el último trimestre del año 2024, en concreto, por la Resolución de 9 de octubre de 2024, de la Secretaría General Técnica, de la Consejería de Salud y Consumo.

Un proyecto que puede ser de gran utilidad para amparar el derecho a la protección de la salud de los andaluces y andaluzas que viven en las zonas con menor número de facultativos, como, entre otras, la Básica de Salud de Estepa, cuyos alcaldes nos trasladaron el pasado año las dificultades que atraviesan para poder contar con médicos de familia y pediatra en los Centros de Salud y Consultorios de los municipios que forman parte de la misma; del mismo modo que lo vienen haciendo los Alcaldes de los municipios incardinados en el Área de Gestión Sanitaria Zona Norte de Málaga, en particular los de las zonas básicas de Mollina y Campillos, acuciados por esta deficiencia.

Precisamente los últimos exponen la falta de facultativos de familia, con dilaciones en el acceso a consultas programadas y la constante variabilidad de profesionales, contraria a la confianza en que debe desenvolverse la relación médico-paciente, manifestando por ello su oposición al sistema de agilización de cita en 72 horas.

De igual modo, exponen las necesidades de la zona en la **atención sanitaria urgente** y la necesidad de ampliar la cartera de servicios de atención primaria, con la dotación de equipo radiológico en el municipio de Alameda, como ocurre en otros municipios circundantes.

Dentro de la cartera de servicios, hemos tenido la oportunidad de examinar las **demoras en los procedimientos odontológicos cuando es necesaria la sedación o anestesia de personas con discapacidad** para permitir la intervención de los/as especialistas en odontología. Se trata de procedimientos que no cuentan con plazo de garantía y que, al requerir la participación de especialistas en anestesiología del hospital y equipos de dentistas de atención primaria y depender de la disponibilidad de quirófanos, tienen una **lista de espera de alrededor de un año**.

Son afecciones que, sin revestir gravedad en la inmensa mayoría de los casos, impactan directamente en la calidad de vida de los pacientes, pues suelen ser dolorosas, y además el transcurso del tiempo puede determinar, por ejemplo, que una simple caries ya no sea susceptible de obturación sino que requiera una endodoncia, no incluida en la cartera de servicios odontológica, por lo que acabe finalizando en la extracción de una pieza dental que podría haberse salvado, como hemos visto en alguna queja tramitada en esta Institución, afectando directamente a la salud bucodental.

Ante la generalizada situación de demora para estos procedimientos, conocida a través de dos quejas de diferentes provincias, solicitamos informe a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud sobre si se podrían plantear alternativas que facilitaran su realización con mayor agilidad. En su respuesta, informó que dentro de las actuaciones contempladas en el **Proyecto de Ampliación de Cartera de Servicios de Salud Bucodental en Andalucía**, planificada para el 2025 y con plazo de ejecución en diciembre del 2026, se está trabajando actualmente para **reforzar las instalaciones, equipamiento, circuitos y profesionales existentes de odontología hospitalaria**.

2.1.5.2.3. Atención especializada

Las quejas recibidas con relación a la atención especializada se caracterizan por la **heterogeneidad tanto de las actuaciones médicas a las que se refieren, como por la diversidad de las pretensiones de las personas afectadas**.

La atención especializada en el segundo nivel de ordenación funcional, está afectada por la carencia de recursos humanos, destacando la **preocupante falta de especialistas en neurología, psiquiatría y anestesiología en algunas áreas sanitarias del SSPA**, cuestión a la que también hacemos referencia en otros apartados de este subcapítulo.

Particularmente alarmante es la falta de especialistas en neurología en la provincia de Huelva y en la de Jaén, produciendo importantes diferencias en la atención sanitaria en esta especialidad respecto a áreas de población con grandes hospitales de referencia que presentan menos problemas de personal. Como ejemplo, en el Hospital Juan Ramón Jiménez la primera valoración se estaba produciendo alrededor de un año después de la petición, con el consiguiente retraso en los diagnósticos y en los tratamientos necesarios, impidiendo un diagnóstico precoz de la patología neurológica y con el agravamiento de síntomas y patologías, **afectando especialmente a las personas mayores**, al ser quienes en mayor medida sufren patologías neurológicas como la Enfermedad de Parkinson, la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.



Por esta razón procedimos a la **apertura de una queja de oficio, con el objeto de analizar, junto con la administración sanitaria, las causas de la insuficiencia de neurólogos/as en la provincia de Huelva** y sus posibles soluciones.

La Dirección Gerencia del SAS nos informó de las medidas que se estaban adoptando para lograr la cobertura y la estabilización de la plantilla del Servicio de Neurología del Hospital Juan Ramón Jiménez, mecanismo clave para lograr la reducción de la ingente demora existente en las consultas externas, así como para apoyar este servicio desde el Hospital Universitario Virgen del Rocío, si bien el impacto de dichas medidas en las listas de espera era aún muy limitado y de hecho el 87,5% de los pacientes derivados de atención primaria seguían teniendo una espera media de diez meses para asistir a la primera consulta. En este sentido, se reconocía que **el Servicio de Neurología en la provincia de Huelva aún se encuentra en situación deficitaria**, sobre todo respecto al personal temporal.

A la espera que de las medidas adoptadas fructifiquen en la definitiva cobertura y estabilización de la plantilla y en la consiguiente disminución de las listas de espera y correcto funcionamiento del servicio, procedimos al cierre de la queja de oficio, sin perjuicio de reabrir actuaciones si transcurrido un tiempo prudencial no se observaran avances significativos en los tiempos de respuesta asistencial (queja 23/7274).

La falta de especialistas en neurología en el **Hospital Universitario de Jaén**, fue planteada ante la gerencia del Centro que nos aportaba datos fechados a diciembre de 2023, con 12 648 pacientes de primera consulta, de los que 10 214 procedían de derivación desde atención primaria y 2434 desde atención especializada y una demora media de 432 días. Indicaba asimismo que la disminución de la demanda no satisfecha entre 2021 y 2023 había sido del 56,39%, en relación con la ampliación del número de FEAs, que en enero de 2024 era de 12 (en 2021 eran 8), si bien descontando las reducciones de jornadas de varios de ellos, se traducían en un número efectivo de facultativos de 10,4, con una ratio de 1,6 facultativos por 100 000 habitantes. Finalmente se estaba potenciando la teleconsulta de Neurología.

Por otra parte, en el ámbito de la atención especializada apreciamos que en muchas ocasiones el elemento común de las quejas es un **defectuoso conocimiento de las razones** por las que se adoptan determinadas decisiones clínicas en el proceso asistencial, por lo que a menudo nuestras actuaciones se centran en recabar mayor información que la que ya ha sido trasladada a los/as pacientes, incluso tras haber formulado reclamaciones. Por ello, esta Institución insiste en que el derecho a la información forma parte del derecho a la protección de la salud, en la perspectiva de la necesaria humanización de la relación asistencial y la mejora de la relación médico-paciente.

En relación con el derecho a la información, formulamos una Resolución al Hospital Universitario Regional de Málaga para que se proporcionara información detallada a una paciente sobre todas las dudas que había planteado respecto a la atención prestada durante su parto. Además de aceptar la Resolución, ofreciendo una explicación motivada a la interesada sobre la adopción de determinados procedimientos durante el trabajo de parto, se nos indicó que la Unidad de Gestión Clínica de Neonatología, tras analizar el caso, había adoptado **medidas para mejorar la detección del frenillo lingual patológico**, como la revisión del protocolo de manejo de este y la realización de una sesión específica acerca del frenillo tipo IV (queja 22/7124).

Continuaremos **instando a los centros sanitarios del SSPA a adherirse a las mejores prácticas y recomendaciones internacionales y nacionales en la atención del parto y la atención perinatal**, que promueven el parto respetado, el contacto piel con piel inmediato (cuestión a la que haremos referencia más adelante) y la lactancia materna, entre otros aspectos fundamentales para la salud y bienestar de madre y bebé, así como a promover la formación y sensibilización continua del personal sanitario en relación con los derechos de las pacientes y la importancia de una comunicación efectiva y empática.

La **necesidad de una mayor formación en aspectos muy específicos** fue también objeto de nuestra actuación con el **Hospital Virgen de las Nieves**, tras detectar disfunciones en el manejo de **reservorios subcutáneos en los servicios de urgencias hospitalarios**. Una ciudadana de Granada nos trasladaba el problema existente en aquellos casos en los que es necesario acudir a los servicios de urgencia o al laboratorio de extracciones del hospital, no encontrando personal cualificado para realizar la extracción desde los reservorios.

En consecuencia, formulamos una **Sugerencia** a fin de que se adoptasen las medidas necesarias para que el Hospital Universitario Virgen de las Nieves contase con **personal de enfermería formado en la manipulación del reservorio venoso subcutáneo siempre disponible en las unidades o servicios de atención sanitaria urgente y en las de análisis clínicos**. El hospital nos trasladó su aceptación de dicha Resolución, informándonos de las medidas que se iban a desarrollar relacionadas con la formación continua del personal y con la interacción del servicio de onco-hematología con todas las unidades del centro (queja 23/4541).



En la inmensidad de actuaciones sanitarias que se realizan a diario en nuestra comunidad, es comprensible que se produzcan ciertos errores involuntarios, que en principio podrían no tener mayor trascendencia que una molestia para las personas afectadas, pero que cuando afectan a personas especialmente vulnerables, por ejemplo por su discapacidad, adquieren una especial relevancia. Este fue el caso que nos presentaba una mujer que manifestaba que no había recibido respuesta a su reclamación por los errores que dieron lugar a que se debiera realizar una **extracción de sangre en tres ocasiones en menos de un mes a su hijo, con una discapacidad del 84%**, por un equipo sanitario que se desplazó al centro residencial para personas con trastornos del espectro autista en el que reside en la provincia de Cádiz.

Dado que tras solicitar varios informes la administración seguía sin concretar la causa del problema, formulamos una **Sugerencia para que se revisase el circuito del proceso de análisis**, en el que intervienen diferentes profesionales sanitarios, a fin de evitar en lo posible que deban repetirse extracciones, con las consiguientes molestias para las personas usuarias, en especial cuando se trata de colectivos vulnerables. **El Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda aceptó nuestra Resolución**, informando que se había procedido a investigar los incidentes, a revisar el protocolo de extracción de muestras desde un enfoque sistémico, entendiéndose que hay varios factores involucrados, y consecuentemente a desarrollar las estrategias necesarias (queja 23/5631).

Las **enfermedades raras** suponen un reto particularmente desafiante en los sistemas públicos de salud, que se agrava cuando la atención implica a distintos niveles y unidades de asistencia sanitaria. Así nos lo trasladaba una ciudadana de Almería que padece una alteración genética que, si bien no precisa tratamiento, sí impide o dificulta que su organismo elimine determinados fármacos, lo que se traduce en limitaciones en cuanto a los tratamientos farmacológicos que puede tomar, requiriendo un análisis caso por caso por el área de farmacogenética.

Nos explicaba que, debido a que su enfermedad resulta muy desconocida y que el propio informe de farmacogenética no es accesible a través de la historia única de salud digital y que en todo caso es de difícil comprensión por personal facultativo de otras especialidades, se encuentra con numerosos obstáculos para que puedan realizarle una adecuada prescripción farmacológica en atención primaria, urgente y especializada.

Hasta el momento había solventado estos problemas aportando y explicando ella misma en cada asistencia médica el informe sobre su alteración genética, e incluso resolviendo las dudas del personal médico gracias a la colaboración de una especialista del Área de Farmacología Clínica del Hospital Torrecárdenas, hasta la jubilación de la misma, momento a partir del cual no podía acceder a ningún profesional que resolviera sus dudas, no resolviendo estos problemas la derivación que se había efectuado a Medicina Interna.

A la vista de la información recabada, esta Defensoría formuló una **Sugerencia al Hospital Torrecárdenas de Almería a fin de que se le asignase facultativo/a especialista de referencia** con conocimientos en su alteración, así como la adopción de medidas necesarias para incorporar el contenido del informe de la alteración genética de la interesada en la historia única de salud digital (queja 23/5475).

En algunas ocasiones, **procedimientos que en principio no están incluidos entre aquellos cubiertos por el sistema público de salud, pueden serlo si resultan estrictamente necesarios**. Es el supuesto bastante particular que se nos presentó por un ciudadano que nos explicaba que su hija menor de edad sufría una malformación mandibular, valorándose por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Reina Sofía que la única solución era una intervención quirúrgica que requería la previa corrección ortodental. La necesidad de la intervención venía dada por cuanto dicha dolencia provoca el desplazamiento de la mandíbula hasta el punto de llegar a oprimir las vías respiratorias.

La intervención en cuestión está contemplada en la cartera de servicios del SAS, no así la corrección ortodental. Consideraba no obstante el interesado que, al tratarse de un procedimiento médico ineludible con carácter previo a una intervención cubierta por el SSPA, procedería el reintegro del coste del mismo realizado en el ámbito privado. Admitida la queja a trámite, el Hospital Universitario Reina Sofía reconoció que la inclusión de la intervención maxilofacial por la malformación de mandíbula en la cartera de servicios del SAS comprende el tratamiento ortodoncista, siempre que éste fuere necesario desde un punto de vista facultativo para llevar a cabo la intervención, comprometiéndose a iniciar la tramitación del procedimiento de reembolso de los gastos reclamados (queja 23/5832).

También hay **casos que, por su especial complejidad, son derivados a los hospitales de referencia nacionales** a través del Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO) y conforme a las instrucciones vigentes en el SAS sobre derivación de pacientes desde centros del SSPA a centros ajenos al SSPA.



Era el caso de un pequeño nacido en el año 2021 con hemimelia derecha severa con ausencia de tibia completa, sobre cuyo tratamiento ya iniciamos actuaciones en el año 2022, siéndole reconocida la derivación al Hospital de La Arrixaca en Murcia, como centro de referencia nacional (CSUR) en reconstrucción de extremidades inferiores. En una nueva comunicación en 2024, los padres del pequeño nos referían que, como parte de los estudios preoperatorios, se había indicado la realización de un TAC con reconstrucción 3D, la cual debería realizarse en el hospital de referencia del domicilio en Andalucía. Sin embargo, se consideraba más conveniente su realización en Murcia debido a la complejidad de la intervención quirúrgica, novedosa en nuestro país.

Admitida la queja a trámite con la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, se nos explicó que solo es posible registrar un procedimiento ambulatorio por cada solicitud, por lo que la derivación para la realización de una prueba TAC debe ser solicitada de forma independiente y autorizada cuando proceda conforme a las instrucciones. Se nos explicaba que normalmente las pruebas necesarias para los tratamientos indicados por el hospital al que se efectúa la derivación pueden realizarse de forma local para evitar desplazamientos, pero **en otros casos el hospital ajeno al SSPA puede requerir que se realice en su propio centro**, no existiendo inconveniente por parte del Servicio Andaluz de Salud.

En este caso, el Hospital Universitario Virgen del Rocío solicitó la derivación del paciente al hospital de Murcia para la realización de dicha prueba con el fin de preparar la cirugía por el equipo multidisciplinar del hospital murciano, siendo finalmente autorizada (queja 24/7088).

Por último dentro de la atención especializada, queremos destacar este año 2024 dos actuaciones de singular interés realizadas en el ámbito de la **reproducción humana asistida** (en adelante RHA).

En la primera de ellas, una ciudadana de Sevilla ponía de manifiesto lo que consideraba una desigualdad con respecto a pacientes de otros hospitales, por cuanto, tras haberle realizado dos fecundaciones in vitro (FIV) en la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Materno-Fetal, Genética y Reproducción del **Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR), y a pesar de cumplir con los criterios clínicos, se le había denegado el acceso a un tercer ciclo FIV**, contrariamente a lo previsto en la Guía de RHA del SSPA, que establece un número máximo de tres ciclos sujetos a criterios clínicos.

Tras presentar reclamación en el HUVR, solicitando el acceso a dicho ciclo, bien en dicho hospital bien en otro centro sanitario público, había recibido por respuesta que en el HUVR no se pueden llevar a cabo más de 500 FIVs al año, por lo que ofrecen solo dos ciclos para garantizar que el máximo de mujeres tengan acceso a la FIV.

Solicitado informe, el hospital nos explicó que la citada Unidad cubre una población de 1.500.000 habitantes, con una alta demanda asistencial que da lugar a una **demora de aproximadamente 24 meses para el primer ciclo de FIV**. Se indicaba que se había logrado mejorar significativamente las tasas de éxito en los ciclos iniciales, reduciendo la necesidad de realizar ciclos adicionales, y que en el escenario actual, llevar a cabo terceros ciclos reduce considerablemente la accesibilidad y equidad para el conjunto de pacientes del área de referencia, al tiempo que empeora la demora y sus resultados. Se afirmaba que se informa a las pacientes sobre esta situación al inicio de su tratamiento, lo que la interesada negaba que se hubiera hecho en su caso.

Concluíamos, pues, que la limitación a un máximo de dos ciclos de FIV con carácter general en el HUVR se debe a la **insuficiencia de recursos para atender el gran volumen de demanda de la población de referencia** y en consecuencia a la imposibilidad de garantizar la cartera de servicios prevista en la Guía de RHA, contraviniendo el principio de igualdad respecto a las pacientes de otros centros.

Por ello formulamos una **Resolución a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud a fin de que se dote convenientemente a los servicios** que tengan más demanda, de modo que se pueda garantizar el principio de igualdad en el acceso a las prestaciones así como el cumplimiento de la Guía de RHA del SSPA, así como que se proporcione a las pacientes toda la información relevante del proceso, incluido el máximo de ciclos, así como de la posibilidad de ejercer la libre elección de centro (queja 22/7552). Dicha Resolución fue aceptada, procediendo en el caso del HUVR a realizar un análisis que permita evaluar la equidad en el acceso de la prestación y a valorar la adecuación de la plantilla.

La segunda actuación que queremos resaltar en relación con la RHA (reproducción humana asistida), con una evidente **perspectiva de género**, es la realizada con la Dirección Gerencia del SAS ante la recepción de una queja en la que **la interesada nos trasladaba su preocupación y ansiedad por el temor de ser sometida a la técnica de punción ovárica**



o folicular sin sedación dentro de un tratamiento de FIV (fecundación in vitro), tanto por el dolor que podría causarle, como por la posibilidad de que algún movimiento reflejo provocase algún daño que frustrase un proceso tan deseado.

Aunque el uso de la anestesia local requiere menos recursos y por tanto ha permitido no retrasar aún más los tiempos de espera para las técnicas de (reproducción humana asistida), procesos que como hemos señalado ya acusan de una significativa demora, es indudable que **la sedación hace que la punción ovárica sea una intervención más cómoda e indolora para la mujer, además de mejorar su seguridad**, ya que se garantiza la inmovilidad de la paciente mientras se realiza la extracción.

En el curso de nuestras actuaciones, pudimos conocer que la gran mayoría de los hospitales del SSPA (Sistema Sanitario Público de Andalucía) que disponen estas técnicas en su cartera de servicios contemplan la administración de anestesia general. En el caso del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada) y el Hospital Universitario Regional de Málaga, aunque no se realizan de forma generalizada, las punciones ováricas se realizan con sedación a toda mujer que lo solicita de forma expresa y en aquellas mujeres en las que puede ser difícil la realización de la técnica.

En el caso del **Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez (Huelva) y del Hospital Universitario de Jaén**, sin embargo, **la falta de profesionales de Anestesiología no había permitido realizar la técnica de FIV con sedación**.

A juicio de esta Institución, no se puede colocar a las pacientes en la disyuntiva de elegir entre una técnica que elimina el dolor frente a otra que no, so pena de alargar la espera, limitando por tanto el acceso a la prestación.

Por ello, formulamos una **Resolución a fin de que se adopten las medidas necesarias que permitan culminar la implantación homogénea de la posibilidad de administración de anestesia general en las técnicas de RHA, en particular en la punción ovárica de FIV, en aquellos centros hospitalarios del SSPA en los que aún no se ha incorporado protocolariamente**, garantizando así que todas las mujeres tengan acceso a una atención médica de calidad y en condiciones de igualdad, reduciendo la ansiedad y el dolor y obteniendo mayor confort y seguridad.

La Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud ha aceptado la Resolución (queja 23/3257).

2.1.5.2.4. Atención pediátrica

En 2024 hemos recibido algunas quejas en las que se nos trasladaban los problemas causados por la ausencia temporal de pediatras en algunos centros de salud y consultorios, normalmente relacionados con vacaciones, incapacidades temporales, jubilaciones, traslados y otras incidencias del personal sanitario.

Este fue el caso de varias quejas recibidas en relación con la carencia de especialista en pediatría en los Consultorios de Benacazón y Villamanrique de la Condesa y en el Centro de Salud de Aznalcóllar (Sevilla), los tres pertenecientes al Distrito Sanitario Aljarafe.

De las actuaciones realizadas e información recabada pudimos constatar que los citados centros sanitarios volvían a disponer de consulta de pediatría, tras derivar la atención pediátrica durante un tiempo a otros municipios del Distrito Sanitario.

Según hemos podido conocer, el problema común parece ser la falta de efectivos de pediatría para cubrir las vacantes existentes, razón por la cual desde la Dirección del Distrito Sanitario Aljarafe se ha reestructurado el servicio, centralizándose la asistencia a la población infantil en algunas localidades de forma provisional en tanto se cubren las plazas vacantes, y poniendo en marcha una convocatoria específica de pediatría para todas las plazas vacantes en el Distrito. Habida cuenta que por parte de la Administración sanitaria se están adoptando las medidas necesarias para resolver la coyuntura actual en el Distrito, concluimos nuestras actuaciones.

En otro ámbito de la atención pediátrica, este año 2024 hemos recibido varias **quejas procedentes de la provincia de Almería en relación con las demoras**, en algunos casos superiores al año, **para que niños y niñas menores de seis años recibieran atención temprana** en el correspondiente Centro de Atención Infantil Temprana (CAIT).

La Delegación Territorial de Salud y Consumo en Almería nos trasladó que, a pesar de que la Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la Atención Temprana en la comunidad autónoma de Andalucía, ha supuesto un gran avance que dota de mayor seguridad y respaldo a este servicio, actualmente existe una alta demanda y una demora en la atención,



cuyas causas atribuía al aumento en la tasa de diagnósticos debido a los avances en la detección precoz, al crecimiento demográfico en la provincia de Almería, a la disponibilidad limitada de profesionales especializados y a la propia la complejidad del proceso de evaluación y diagnóstico para determinar las necesidades específicas de cada menor.

Se nos explicaba que se están poniendo en marcha paulatinamente una serie de **estrategias a fin de aumentar el número de plazas disponibles para la provincia de Almería y por tanto reducir las listas de espera**. Así, está prevista una ampliación del número de sesiones en la próxima licitación de la gestión del servicio público de Atención Temprana, lo que supondría una ampliación de la infraestructura y contratar más profesionales para reducir la disparidad entre la demanda y la capacidad. Asimismo se pretende mejorar la coordinación interinstitucional, mediante grupos de trabajo para llevar a cabo una actuación coordinada y uniforme en todas las provincias.

Sin embargo, en diciembre de 2024 el Tribunal Administrativo de Recursos Contractuales anuló los pliegos que rigen la contratación bajo el régimen de concierto social de la prestación del servicio de atención temprana, lo que supone un retraso en tanto se modifican los pliegos anulados y se hace una nueva convocatoria. En consecuencia, la Delegación Territorial nos comunicó que, en tanto que se sustancia la misma, se está trabajando dentro de la normativa de aplicación con el fin de optimizar las plazas disponibles, a fin de reducir las elevadas listas de espera.

Por último, remitimos a la parte de este Informe Anual que analiza los derechos de la Infancia y Adolescencia, sobre el apoyo educativo a menores en situación de cuidados paliativos y la consulta del "Proyecto: Detección y abordaje de experiencias adversas en la infancia.

Hemos de mencionar, por su interés, la Resolución de 18 de junio de 2024, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, por la que se modifica la Resolución de 24 de febrero para la organización asistencial del cáncer infantil y de la adolescencia en el ámbito asistencial del Servicio Andaluz de Salud. Y el sometimiento a información pública del borrador inicial del I Plan Integral de Atención Infantil Temprana de Andalucía 2024-2028.

2.1.5.2.5. Salud Mental

La atención a las personas que padecen problemas de salud mental y los recursos disponibles para ello es un asunto que preocupa de forma especial a esta Institución, y que se demanda de forma prioritaria tanto por las personas directamente afectadas como su entorno más próximo.

En años anteriores hemos puesto de manifiesto la **infradotación de recursos para la atención de las personas con trastornos de salud mental**, así como la mejorable coordinación entre los recursos sanitarios y sociales. Este 2024 hemos conocido la insuficiencia de personal en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Huelva "Plaza Houston", en la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Área de Gestión Sanitaria de Osuna (queja 24/1484) y en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Córdoba y en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Peñarroya-Pueblonuevo (queja 23/4415).

Así las cosas, hemos formulado tres resoluciones a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, a fin de que se **adopten las medidas que permitan la cobertura de las plazas estructurales de psiquiatras** en las correspondientes unidades de gestión clínica de salud mental, a fin de **garantizar una asistencia de calidad y la continuidad de los cuidados clínicos por profesionales referentes**, especialmente a las personas afectadas por los trastornos más graves.

Las tres resoluciones han sido aceptadas, observando mejoras en la adecuación de las plantillas y en la propia atención asistencial, si bien cabe destacar que el problema de fondo sigue pendiente de resolver y que la situación de congestión e insuficiencia de recursos se observa en otros puntos de nuestra comunidad, como en las Unidades de Salud Mental Comunitaria de Lepe y La Palma del Condado, dependientes del Hospital Infanta Elena (queja 24/2763).

Iniciado el año 2025 no se ha aprobado el Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMA-A) 2024-2028 y, por ende, no se ha implantado la prevista ordenación y reorganización de salud mental.

De este modo, persiste sin respuesta singular el **abordaje de las personas con patología dual**, no existiendo en Andalucía dispositivos especializados en la asistencia sanitaria a las mismas.

Así se puso de relieve en el caso de una mujer joven a la que el consumo de tóxicos y la enfermedad mental había llevado a permanecer durante períodos en situación de calle y a mantener condiciones de vida insalubre y marginal que



suponen un grave riesgo para su salud, llegando a sufrir agresiones físicas y sexuales. La desfavorable evolución de la misma, a pesar de haber sido atendida por todos los recursos asistenciales tanto de salud mental como de adicciones, se trasladó a esta Institución, concluyendo en el informe favorable para la derivación a recursos específicos de patología dual de otra comunidad autónoma, ante la complejidad de su manejo y la refractariedad a todos los programas terapéuticos implementados a la paciente.

En este campo, debemos recordar el Acuerdo de 6 de junio de 2023, del Consejo de Gobierno, tomó conocimiento del Protocolo Andaluz de Coordinación para la Atención a Mujeres con Problemas de Adicciones Víctimas de Violencia de Género.

2.1.5.2.6. Tiempos de respuesta asistencial

El análisis de los tiempos de respuesta asistencial es un abordaje tradicional de esta Defensoría en todos los informes anuales, ya que no en vano el cumplimiento de sus plazos garantizados o, en su defecto, la dispensación de la atención sanitaria especializada dentro de un tiempo razonable, constituye una demanda de los andaluces y andaluzas con presencia constante y, por ello, fuente inagotable de la actividad investigadora del Defensor del Pueblo Andaluz.

Las listas de espera son un reto común en todos los sistemas sanitarios públicos de carácter universal, de manera que si bien ciertos retrasos deben asumirse como inevitables, debemos rechazar en cambio dilaciones que revelen un problema de índole estructural, por alcanzar tiempos desorbitados y afectar a una generalidad de personas.

En nuestra consideración las demoras en los tiempos de respuesta asistencial han superado la categoría de coyunturales. Ya decíamos en el Informe Anual de 2023 que las quejas alusivas a ello venían en paulatino ascenso desde el año 2021 y que en 2023 se habían duplicado respecto de las registradas en 2022, tanto por acceso a la primera consulta de especialidad como en intervenciones quirúrgicas, cuadruplicándose las fundadas en demoras en los procedimientos diagnósticos.

Finalizado el año 2024 no parece que el objetivo de retornar a una situación que se mantenga dentro de parámetros previos a la pandemia haya podido alcanzarse. Y así, aunque los responsables de los Centros siguen mencionando la lista de espera originada durante el periodo de crisis de salud pública, entre las causas que inciden negativamente en los tiempos de respuesta asistencial, lo cierto es que añaden un elemento que nos genera enorme preocupación, el de la carencia de suficientes recursos humanos, con especialidades sanitarias en números rojos, riesgo de cierre de Unidades, funcionamiento restringido de las mismas y, en suma, incapacidad de hacer efectivo en su contenido esencial el derecho a la protección de la salud de la población bajo su cobertura.

Es en este sentido en el que afirmamos que la situación ha alcanzado la categoría de merma estructural, a la vista de que la insuficiencia de especialistas en el segundo nivel de ordenación funcional del sistema sanitario público, no puede ser compensada a medio ni, desde luego a largo plazo, únicamente con las medidas extraordinarias pero transitorias adoptadas por los responsables de la Administración sanitaria, ni a más largo plazo únicamente con los esfuerzos de reorganización y mejora de gestión aplicados en los Centros sanitarios.

Como habitualmente recordamos, los datos oficiales sobre listas de espera son públicos y pueden consultarse tanto en la web del Sistema de Información de listas de espera del Ministerio de Sanidad, que contiene los desglosados por comunidades autónomas, como en la web del sistema sanitario público andaluz sobre sus diferentes Centros sanitarios.

El análisis que ofrecemos por nuestra parte toma como base los testimonios de la ciudadanía andaluza, que ostentan no solo el valor de ser el fiel reflejo de la percepción y experiencia de las personas afectadas por demoras sanitarias, sino que traslucen de forma fidedigna los avances y retrocesos que va experimentando la capacidad de respuesta del SSPA.

Partiendo de esta situación y de sus antecedentes, la actividad desarrollada por nuestra parte en el año 2024 ha puesto de manifiesto un ligero descenso numérico en las peticiones alusivas al acceso a primeras consultas de asistencia especializada (-25%), el mantenimiento cuantitativo en el caso de los procedimientos diagnósticos y en el de la lista de espera quirúrgica y una elevación del 41% de las quejas por incumplimiento de las previsiones temporales pautadas para consultas sucesivas o de revisión.

Respecto del acceso a la **primera consulta de especialidad**, un análisis más detallado arroja que el Centro sanitario que más quejas ha suscitado en este aspecto ha sido el Hospital de Jaén junto al Hospital Virgen del Rocío, seguidos en



una situación similar entre sí por los hospitales Virgen Macarena y San Juan de Dios en Sevilla, el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva y el Costa del Sol en Málaga.

La razón que explica que el Hospital de Jaén registre un volumen de quejas ciudadanas por demoras en el acceso a la primera consulta de especialidad, equiparado al que recibimos respecto del gran Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, se justifica en una misma causa: enormes dificultades para la atención en la especialidad de neurología.

Ya aludíamos a ello en el apartado sobre la atención especializada de este Informe Anual, del mismo modo que exponíamos la misma problemática en el caso del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Precisamente el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva ha suscitado igualmente actuaciones referidas a otra especialidad, la de Angiología y Cirugía Vascolar, cuya insuficiencia de facultativos ha suscitado quejas de diversas mujeres que aguardaban acceder a la primera consulta de dicha especialidad.

En las investigaciones realizadas a instancia de varias mujeres andaluzas, conocíamos derivaciones desde atención primaria efectuadas incluso desde marzo de 2021 y fechadas a 2022, que no habían sido atendidas en 2024 y cuya fecha de consulta se fijó en el mes de noviembre de dicho año. Las interesadas referían que el servicio de atención a la ciudadanía les había informado que hace años que no se asignan primeras cita de consulta de la especialidad de Angiología y Cirugía Vascolar.

Analizados los datos formales de respuesta asistencial del Servicio de Angiología y Cirugía Vascolar del Hospital Juan Ramón Jiménez, a junio de 2024, observamos que en aquel momento existían 6665 personas en lista de espera para acceso a primera consulta, de las cuales 6496 procedentes de atención primaria, con una demora media de 592 días.

La Gerencia del Centro no ofrecía razones explicativas concretas sobre la dificultad concurrente, si bien los medios informativos alertan del riesgo de que la Unidad de Angiología y Cirugía Vascolar de dicho hospital desaparezca, al contar únicamente con dos profesionales en activo para toda la provincia de Huelva.

En línea con estos supuestos de especialidades concretas, el problema de la insuficiencia de especialistas sobrevuela sobre la mayoría de los Centros sanitarios, influyendo en sus listas de espera.

Como ejemplo ilustrativo, el Hospital Alto Guadalquivir justificaba en julio de 2024 la demora en el acceso a primera consulta de la especialidad de urología, por la concurrencia de causas de fuerza mayor: “encontrarse el hospital desde el mes de enero de 2023 con una reducción del 70% en la plantilla de facultativos del servicio de Urología, como consecuencia de jubilaciones y traslados de profesionales por la correspondiente Oferta Pública de Empleo del SAS, que siendo causas ajenas al centro, no se han podido cubrir”.

El Hospital Infanta Elena, de nuevo en la provincia de Huelva, también atendía a la petición formulada por demora en el acceso a la especialidad de cardiología (queja 23/2023), en primera consulta, mencionando haber tenido incidencias con los RRHH en el servicio de cardiología en 2023, que obligaron a plantear circuitos alternativos a las solicitudes pendientes de primaria y que ya se habían retomado en 2024. Informaba que dentro de las medidas adoptadas, se había procedido a abrir la teleconsulta como puerta de entrada alternativa desde atención Primaria, con una reducción de la demora media y máxima en la especialidad de cardiología de 212 días en enero de 2023 a 130 en enero de 2024, con previsión de poder cumplir los decretos de garantía previsiblemente en unos meses.

En el mismo sentido, el Hospital Costa del Sol informaba sobre retrasos en el acceso a traumatología y medicina interna y enumeraba más factores junto al de carencia de personal: “Efectivamente estamos teniendo una demora en las citas de pacientes que superan el plazo de lo deseable y lo estipulado en Real Decreto. Esto esta originado por diversas causas, entre las que se encuentran, la lista de espera originada durante el periodo de pandemia, la limitación de recursos humanos por la dificultad para contratación de facultativos especialistas y la falta de espacios físicos para atender a necesidades de atención de nuestra creciente población de referencia. Estamos esperanzados que con la inminente apertura de la ampliación de nuestro hospital podamos ir mejorando alguna de estas cuestiones”. “Nos gustaría mencionar que hacemos todo lo posible con los recursos disponibles y las circunstancias tan adversas que hemos vivido en estos últimos años, para minimizar estas situaciones”.

El Hospital Virgen del Rocío, por su parte, ha reiterado en sus respuestas de 2024 la situación que afronta, en el caso concreto, la Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología: “la gran demanda asistencial que soporta este servicio médico,



tanto de primeras consultas procedentes de Atención Primaria, como de revisiones e interconsultas, hace imposible cumplir en la actualidad con los plazos que garantiza el Sistema Sanitario Público de Andalucía”.

Las quejas por demoras en **consultas de revisión** de especialidad, sin plazo de garantía, (consultas sucesivas y revisiones, interconsultas), son las de mayor incremento en 2024, manifestándose en las especialidades peor dotadas y al mismo tiempo con mayor demanda: neurología, traumatología, dermatología, oftalmología, urología y cardiología.

En relación con los **procedimientos diagnósticos** y la garantía de plazo de respuesta establecida en el Decreto 96/2004, de 9 de marzo, las peticiones ciudadanas versan sobre una gran diversidad de ellos: colonoscopias, resonancias, ecografías, electromiogramas, neurogramas, TAC, endoscopias, cateterismos, polisomnografías...

Por poner un ejemplo, el Hospital Virgen de la Victoria aludía a un aumento de la demanda de pruebas funcionales de digestivo en el año 2023 de un 23,68%, que había generado un desajuste entre demanda y oferta y hecho preciso que el Centro ampliara el número de sesiones para las mismas programando continuidades asistenciales.

En el cateterismo diagnóstico el Hospital Virgen del Rocío confirmaba la superación de los 30 días garantizados por el Decreto para su realización en el caso concreto, pero afirmaba que el caso de la afectada no era aislado, sino que más pacientes aguardaban una coronariografía diagnóstica (queja 24/1344).

No obstante, el Centro llamaba la atención sobre “un volumen importante de enfermos pendientes de intervencionismo estructural, afirmando que se trata de otro grupo de pacientes con procedimientos no sujetos a plazo máximo garantizado, pero que “precisan igualmente de una respuesta asistencial rápida” al poder presentarse eventos cardiovasculares serios durante la espera. Enumeraba así el implante de válvulas aórticas percutáneas, el cierre de orejuelas y forámenes ovals, la reparación mitral percutánea y el intervencionismo estructural en cardiopatías congénitas del adulto, cuyo tratamiento implica el uso de las salas de hemodinámica.

Unidad de Hemodinámica que refería acumular una tendencia creciente en número de procedimientos y en cartera de servicios realizados, cuya actividad había tenido que ser reforzada para mantener estable la actividad de angioplastia y dar respuesta al crecimiento ostensible de la lista de espera “porque el paciente cardiológico cada vez es más frecuente y complejo con el incremento de la edad media de vida”, previéndose además duplicar (de 2 a 4) el número de salas del hospital.

Nuevamente la alerta de una demanda difícil de contener por razones de la esperanza de vida y del porcentaje de población de avanzada edad, que se prevé sea del 29% en tan solo cinco años.

Por último, por lo que se refiere a la **lista de espera quirúrgica**, (cuyo volumen de quejas se ha mantenido estable a lo largo de 2024, consolidando el incremento de peticiones ciudadanas experimentado en años previos), el incumplimiento de los plazos garantizados o el tiempo excesivo en la realización de una intervención no cubierta por dicha garantía, se plantean prácticamente respecto de todos los hospitales andaluces, pero de nuevo con absoluta preeminencia de las alusivas al Hospital de Jaén, que superan con creces a las formuladas frente a cualquier otro Centro.

El resto de hospitales andaluces aparecen más o menos igualados en volumen de quejas, con presencia mayor de los tres Centros de Sevilla (Hospital Virgen del Rocío, Virgen Macarena y San Juan de Dios), el Puerta del Mar en Cádiz, el Reina Sofía de Córdoba y algo menor en esta anualidad, del Regional de Málaga.

Todos manifiestan sus medios limitados, la elevación de la demanda, la distribución de los recursos quirúrgicos de cada Centro de acuerdo a la urgencia, gravedad y antigüedad de inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica y, en el plano humano, ser conscientes de que la función que cumple la Administración sanitaria se desenvuelve en el marco de un estado emocional de pacientes y familiares, que no concurre en las relaciones entabladas con otras administraciones.

Las especialidades cuyas operaciones quirúrgicas acusan más dificultades son las de Cirugía Ortopédica y Traumatología y Neurocirugía, en unión con el problema transversal que genera a todas las cirugías la falta de anestesistas.

Esta última carencia ya ha sido aludida en el apartado de atención especializada de este subcapítulo y, en lo que se refiere a procedimientos quirúrgicos limita la disponibilidad de quirófanos, como apuntaba el Hospital Juan Ramón Jiménez (queja 23/5902), resaltando la falta de candidatos a cubrir las plazas disponibles de un servicio fundamental en la actividad quirúrgica, como es el de Anestesiología.



Esta escasez le obligaba a priorizar las intervenciones por cánceres y otras patologías no demorables. Si bien en este Centro en particular, la Gerencia afirmaba que en los últimos meses había mejorado la situación en cuanto al número de anestelistas, recuperando su plantilla estructural.

Respecto de la Neurocirugía, el Hospital Virgen del Rocío afirma no poder cumplir los plazos garantizados a pesar del esfuerzo asistencial del personal, por la gran demanda asistencial del Servicio de Neurocirugía, que obliga a priorizar los procedimientos considerados vitales y con posible implicación de secuelas, representando las intervenciones craneales el 70% de la actividad quirúrgica principal, tanto de origen vascular, como tumoral y traumatismos.

En la misma especialidad quirúrgica, el Hospital Regional de Málaga afirmaba en cambio haber experimentado mejoría, contando con un número de quirófanos y recursos quirúrgicos suficientes para mejorar la situación de lista de espera, con tres personas adscritas a dicho tipo de intervenciones.

Tratándose de Cirugía Ortopédica y Traumatología existen supuestos de demoras en todos los Centros sanitarios. Por centrarnos en uno de referencia y, por tanto, con gran demanda y población en su ámbito de influencia, a finales de diciembre de 2024 el Hospital Virgen del Rocío resaltaba un constante incremento de la demanda que no podía ser absorbido a pesar de los esfuerzos profesionales, con 3.036 pacientes en lista de espera y una demora máxima de 722 días en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Informaba que padecía “una gran presión de Urgencias quirúrgicas traumatológicas, siendo el Hospital de Rehabilitación y Traumatología Virgen del Rocío centro de referencia de pacientes politraumatizados”. Afirmaba que, igualmente, “el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología cuenta con cuatro unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud acreditadas por el Ministerio de Sanidad, registrándose múltiples solicitudes de asistencia de otras provincias andaluzas y otras comunidades autónomas en las unidades de Tumores Mucoesqueléticos, Infecciones de Aparato Locomotor, Cirugía de Pelvis y Preservación de Cadera del Adulto Joven y Ortopedia Infantil”.

Asimismo resaltaba que si bien durante el primer semestre de 2024 se había contado con dos quirófanos diarios adicionales en el Hospital Muñoz Cariñanos, éstos no habían podido estar operativos en el segundo semestre; aunque se había mantenido activo un concierto para derivación de pacientes y refuerzo de la capacidad quirúrgica del hospital.

Existen, no obstante, intervenciones quirúrgicas cuyo abordaje únicamente puede ser realizado dentro del sistema sanitario público e incluso por un Centro sanitario en particular, de modo que las personas pendientes de las mismas ni siquiera pueden plantearse el ejercicio del derecho establecido en los casos de superación del plazo máximo garantizado.

En este sentido se pronunciaba también el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, respecto de un vecino de la ciudad pendiente de intervención quirúrgica de artroscopia de hombro, incluida entre las operaciones sujetas a plazo máximo de garantía no superior a los 120 días naturales, contados desde la fecha de inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía que, en el caso del afectado se produjo el 20 de diciembre de 2023.

El interesado refería que en su Registro de Demanda Quirúrgica se había consignado la pérdida del plazo garantizado, por haber renunciado a ser intervenido en un Centro privado concertado, cuando en realidad este último había rehusado la realización de la misma porque solo podría practicarse en el Hospital Universitario Virgen del Rocío por su complejidad.

Efectivamente, el hospital sevillano confirmó a esta Institución que la reintervención de la lesión de hombro del afectado cuenta con plazo de garantía, pero debe realizarse en el mismo, dado que requiere utilizar plastias provenientes de Banco de Tejidos. En consecuencia, constatado el error padecido, procedió a solicitar a la Unidad de Conciertos la eliminación de la anotación de rechazo a Centro concertado que se había inscrito en el Registro del paciente.

En cuanto a la demora de la intervención, aludía a la alta presión de las urgencias traumatológicas y la necesaria atención de tumores musculoesqueléticos, que comprende la asistencia a pacientes provenientes de otras provincias y comunidades autónomas, al ostentar dicho centro hospitalario la condición de centro de referencia del Sistema Nacional de Salud para tales intervenciones.

También en la especialidad aludida, el Hospital La Inmaculada informaba sobre el retraso en intervención para sustitución total de cadera de una vecina mayor, en los siguientes términos: “Tenemos una larga lista de espera, de pacientes con igual patología e iguales sufrimientos, y derechos, heredamos desde la pandemia un retraso de la LEQ. Estamos realizando actividad extraordinaria por las tardes, aún así, nos encontramos muy retrasados, y debemos tratar a los pacientes dentro de un marco de igualdad, según los listados de pacientes priorizados que nos envían desde servicios



centrales, añadir que las reclamaciones recaen sobre los facultativos que nos encontramos trabajando más allá de nuestras posibilidades, de todas formas intentaremos darle respuesta con la mayor prontitud posible, dentro de la igualdad de trato a nuestros pacientes incluidos, como ella, en LEQ, con dolores y limitaciones”.

Las demoras perjudican asimismo a las personas que aguardan una operación sin garantía de plazo máximo de respuesta, como indicaba el Hospital Puerta del Mar de Cádiz aludiendo a una rinoseptoplastia correctora de desviación nasal e insuficiencia ventilatoria sin garantía de plazo, cuyo abordaje requería la intervención conjunta de Cirugía Plástica y Reparadora y de Otorrinolaringología: “lamentablemente la mayoría de nuestros esfuerzos van encaminados a solventar procesos oncológicos y procesos sujetos de decreto de garantías” (queja 23/4822).

La necesidad de encontrar fórmulas que permitan el cumplimiento de los plazos de garantía del Decreto 209/2001 y, afrontar en general el incremento de la demanda quirúrgica experimentado en los últimos años, dentro del principio de equidad en la prestación de los servicios de salud, es un reto de envergadura.

Junto a la actividad extraordinaria de los profesionales de los Centros, adoptada a modo de revulsivo, la derivación a Centros concertados es un instrumento al que se acude para agilizar las intervenciones quirúrgicas, en especial, las garantizadas por plazo máximo. Acción de mejora que valoran los hospitales, acuciados por la demanda desbordada, dado que constatan que la lista de espera de los pacientes necesita de una actuación especial, complementando la actividad extraordinaria con algún tipo de actividad concertada.

Así lo indicaba el Hospital Juan Ramón Jiménez con ocasión de un matrimonio mayor de Huelva pendiente, respectivamente, de una intervención de espalda y de otra para prótesis de rodilla desde febrero de 2022, que no pudo ser realizada hasta enero de 2024 (queja 23/5902).

El hospital informó que desde el 22 de junio de 2022 la provincia de Huelva carecía de concierto sanitario, aunque desde los Servicios Centrales del SAS se estaba ultimando un acuerdo marco para la actividad concertada que esperaban viera la luz en el primer trimestre de 2024.

La falta de alternativas y el transcurso del tiempo llevan a algunas personas a poner término a sus padecimientos acudiendo a la sanidad privada, asumiendo a su costa el precio de la operación. Sobre todo en las patologías traumatológicas, invalidantes e incapacitantes para una vida normal, con intensos dolores que no ceden a pesar de los opiáceos.

Decisión que requiere contar con la capacidad económica que lo permita o hacer el sobreesfuerzo que lo facilite, pero que de cualquier forma no es una opción al alcance de toda la ciudadanía.

Correlativamente las dilaciones generan efectos perjudiciales añadidos al sistema sanitario, por la repetición de pruebas diagnósticas y de preanestesia y preparación preoperatoria que conllevan, la proliferación de reclamaciones, el incremento de expedientes por reintegro de gastos o responsabilidad patrimonial. Así como repercuten en otros sistemas de protección social, como ocurre con la prolongación de situaciones de incapacidad laboral con los consiguientes costes en los fondos públicos y el temor de muchas personas afectadas por las bajas médicas de recibir un alta médica sin abordaje de su proceso asistencial, o de perder el empleo.

A medida que avanzaba el año 2024, sobre todo en el último trimestre, apreciamos una mejora en la lista de espera quirúrgica, manifestada a través de abundantes expedientes concluidos favorablemente, como efecto reflejo de las medidas extraordinarias implantadas por los responsables de la Administración sanitaria. En particular el Plan de Garantía Sanitaria dirigido a reducir la lista de espera quirúrgica, a través del incremento de la actividad extraordinaria en los hospitales públicos.

Insistimos en que las medidas de choque o extraordinarias, precisan el acometimiento de decisiones y reformas estructurales, si pretendemos que fructifiquen en la estabilidad del SSPA y en el derecho a la protección de la salud.

Expresiones de satisfacción y agradecimiento de personas antes angustiadas por una vida limitada por la patología, ayudan a valorar la importancia de cuidar con esmero el sistema sanitario público andaluz y a todos sus profesionales, así como la función que cumple esta Institución como instrumento de garantía de derechos estatutarios y legales al servicio de la sociedad en su conjunto: “Una vez realizadas sus efectivas gestiones con el Hospital Juan Ramón Jiménez hemos de informarles que hemos sido intervenidos al fin y nos encontramos convalecientes. Tenemos que agradecerles efusivamente las gestiones habidas en su departamento Defensor del pueblo Andaluz para que nuestras necesidades



hayan sido satisfechas. Ante ésta situación pongo en gran valor la eficacia de éste instrumento tan valioso que tenemos a nuestra disposición los ciudadanos andaluces. De nuevo muchas gracias por sus servicios”.

2.1.5.2.7. Transporte sanitario

Ocasionalmente recibimos quejas relativas a las condiciones del transporte sanitario, una prestación que forma parte de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Este fue el caso de una ciudadana que nos trasladaba los perjuicios que el desplazamiento en medios de transporte sanitario colectivo ocasionaba a su padre, de 76 años de edad, al ser trasladado dos días a la semana desde su domicilio en Rincón de la Victoria (Málaga) al Hospital Civil de Málaga para recibir las sesiones de rehabilitación que le habían sido prescritas tras la amputación de una pierna. Explicaba que le recogían a las 9:30h y no regresaba a su domicilio antes de las 14:30h, en algunos casos en mal estado de salud e incluso con hipoglucemia, tratándose de un paciente diabético.

Los desajustes detectados y una perspectiva de humanización, nos llevaron a formular una **Resolución al Hospital Regional Universitario de Málaga** (queja 22/6219), recomendando, en primer lugar, que en la Comisión de Seguimiento para el control y vigilancia del contrato del Servicio del Transporte Sanitario Terrestre Urgente y Programado en la provincia de Málaga **se comprobare el cumplimiento de los indicadores de calidad establecidos** y, en caso necesario, se propusiesen las modificaciones pertinentes para mejorar la calidad del servicio, así como, en caso de quedar constatado un incumplimiento o cumplimiento defectuoso por parte de la empresa, se adoptasen las penalidades correspondientes; y en segundo lugar, que se introduzcan **elementos de humanización en la gestión del servicio que permitan tener en cuenta las condiciones particulares de las personas usuarias**, incluso con la finalidad de establecer medidas de priorización.

2.1.5.2.8. Control de la incapacidad temporal

En 2024 varias personas -la mayoría de ellas desde la provincia de Málaga- nos trasladaron problemas en la tramitación de una situación de incapacidad transitoria por causa de enfermedad, generalmente derivados de la dificultad y con frecuencia imposibilidad de obtener cita con atención primaria por las vías ordinarias dentro del plazo para gestionar la prescripción de la incapacidad temporal, en ocasiones incluso habiendo sido atendidos en los servicios de urgencias (de atención primaria u hospitalarios), sin que se hubiera emitido directamente la baja.

Las personas afectadas nos trasladaban que habían esperado a la primera cita disponible con sus médicos/as especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (en adelante Mfyc), la cual se les había asignado varios días e incluso semanas después. Al acudir a la cita más de cinco días después del inicio del período de incapacidad, les habían indicado que debían solicitar la baja retroactiva a la Inspección Sanitaria de la Unidad Médica de Valoración e Incapacidades (UMVI) de sus respectivas provincias.

Efectuadas dichas solicitudes, sin embargo, **habían recibido una respuesta negativa “por no ajustarse a la normativa de gestión de la incapacidad temporal”**, incluso en aquellos casos en los que aportaron informe del servicio de urgencias del cual podía concluirse una situación de incapacidad para el trabajo (por ejemplo, recomendando reposo absoluto). Les explicaban que deberían haber acudido al mostrador de información del centro de salud y requerir atención no demorable para la baja laboral por incapacidad temporal, aunque también recibimos algún testimonio afirmando que incluso de esta manera había sido imposible obtener cita.

Al desconocimiento de las personas usuarias respecto a los trámites a seguir en caso de no obtener cita temprana, se añadió la confusión al respecto del propio personal de atención primaria. Varias personas nos aseguraron que, aún persistiendo la situación de incapacidad temporal, sus especialistas de Mfyc no les extendieron la baja en ese momento, al entender que la Inspección Sanitaria cursaría la baja con efectos retroactivos. Tras la denegación, quienes todavía seguían en situación de incapacidad se vieron obligadas a solicitar de nuevo cita no demorable para la prescripción de la incapacidad temporal, acumulando por tanto varios días que no podían justificar en sus trabajos.

Entendíamos que esta confusión, tanto del personal facultativo como de la propia página Web de la Consejería de Salud y Consumo, que aludía a un plazo de siete días para extender la baja laboral, podía deberse a un cambio en el procedi-



miento seguido anteriormente a consecuencia de la pandemia de Covid-19, del cual parece que especialistas de MFyC no se encontraban correctamente informados.

Procedimos en consecuencia a admitir y acumular las quejas, al objeto de darle a todas un tratamiento conjunto (queja 23/5791). De la información facilitada por la administración sanitaria se desprendía que, **la inmensa mayoría** de procesos de incapacidad temporal que se producen en Andalucía **se llevan a cabo sin mayores problemas**, gracias al esfuerzo que se realiza por Atención Primaria. No obstante, **seguíamos advirtiendo disfuncionalidades** que, aun siendo minoritarias, generan grandes problemas para las personas afectadas, que van desde la pérdida del salario de los días que no acudieron a su trabajo sin poderlo justificar, al despido por esta misma circunstancia.

Por ello, dirigimos una **Resolución** a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud y la Consejería de Salud y Consumo, formulando **siete recomendaciones con el fin de mejorar la eficiencia y efectividad de la gestión de la incapacidad temporal**. Ambos organismos manifestaron su aceptación de la Resolución formulada en sus respectivos ámbitos competenciales con la adopción de las correspondientes medidas en respuesta a cinco de las recomendaciones

- Recomendación de proveer información accesible y detallada sobre los procedimientos de incapacidad temporal.
- Recomendación de mantener una información continua sobre la gestión de la incapacidad temporal con todos los profesionales implicados.
- Recomendación de acelerar las medidas que permitan la prescripción de la incapacidad temporal en el ámbito hospitalario.
- Recomendación de garantizar la valoración de la incapacidad temporal dentro del plazo establecido.
- Recomendación de examinar los criterios empleados por las Inspecciones de Servicios Sanitarios en relación con el proceso de incapacidad temporal.

En el mismo contexto de análisis de la gestión de la incapacidad temporal, formulamos **Sugerencia al Servicio Andaluz de Salud sobre las altas automáticas por incomparecencia**, que ha dado lugar a que se activen dos mensajes de aviso al ciudadano/a en incapacidad temporal: uno de preaviso 10 días antes de hacer efectiva el alta por incomparecencia (para que tenga tiempo de poder actuar antes de que se emita el alta), y otro, justo en el momento que dicha alta por incomparecencia sea emitida. (queja 23/6998).

2.1.5.2.9. Políticas de salud

En el marco de las políticas de salud, este año 2024 queremos resaltar tres importantes asuntos directamente relacionados con la perspectiva de derechos humanos en el ámbito de la salud.

En los dos primeros, relativos al **derecho a la interrupción voluntaria del embarazo y la Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía**, resulta fundamental el enfoque de género, en la medida que se trata de **políticas públicas de salud que afectan directamente a las mujeres**.

La primera de las cuestiones a las que nos queremos referir versa sobre una queja en la que se nos trasladaba que **en Jaén, al contrario que en el resto de provincias de Andalucía, no se ofertaba la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)** ni en los centros sanitarios de la red pública ni mediante concierto a través de entidad privada, por lo que las mujeres debían acudir a clínicas privadas fuera de dicho territorio y sufragar los costes del desplazamiento y en su caso pernoctar, además de adelantar el coste de la intervención médica, para posteriormente solicitar el reintegro de esta última. Se nos planteaba que el obligatorio desplazamiento a otras provincias conculcaba la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en particular su artículo 19, que impone a las administraciones sanitarias competentes la obligación de garantizar a todas las mujeres igual acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan (queja 21/7678).

En la Sentencia 44/2023, de 9 de mayo de 2023, del Tribunal de Constitucional, en recurso de inconstitucionalidad 4523-2010, el alto tribunal concluye que “la interrupción voluntaria del embarazo, como manifestación del derecho de la mujer a adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respeto a su propio cuerpo y proyecto de vida, forma parte del contenido constitucionalmente protegido del derecho fundamental a



la integridad física y moral (art. 15 CE) en conexión con la dignidad de la persona y el libre desarrollo de su personalidad como principios rectores del orden político y la paz social (art. 10.1 CE).” En los supuestos de interrupción voluntaria del embarazo legalmente permitidos, ello supone que la ley ha de armonizar el derecho del personal sanitario a la objeción de conciencia con la garantía de la prestación por parte de los servicios de salud y con los derechos de la mujer embarazada. **La Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de Andalucía podría contemplar medidas estables en este aspecto, si bien sigue pendiente desde hace varios años.**

Dada la amplitud geográfica de la provincia de Jaén, el **obligatorio traslado a otras provincias** para la práctica de la IVE en los supuestos previstos legalmente puede conllevar, además de los lógicos inconvenientes, **dificultades adicionales para mujeres de escasos recursos económicos o en una situación de vulnerabilidad física y emocional, que afectan a su propio derecho a la práctica de la IVE en condiciones de igualdad** con respecto al resto de andaluzas.

A la vista de todo ello formulamos una **Resolución a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud con dos Recomendaciones:**

La primera de ellas dirigida a que se adopten las medidas necesarias para **garantizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en la provincia de Jaén**. Se nos da traslado de la creación de un grupo de trabajo al objeto de estudiar la posible implantación de la IVE en al menos un hospital público de cada provincia, existiendo consenso en que sería factible realizar las IVE de más de 14 semanas de gestación (las que se producen únicamente por causas médicas justificadas), pero no las de menos de 14 semanas, debido a la dificultad de recursos profesionales, materiales, organizativos y técnicos, asociada al derecho de objeción de conciencia del personal. Así, dicha Recomendación ha sido **aceptada parcialmente**, por cuanto se nos informa que en noviembre de 2023 se autorizó la **inclusión en la cartera de servicios** del Hospital Universitario de Jaén de los procedimientos de la IVE de más de 14 semanas hasta 21 semanas de gestación y de la IVE de 22 o más semanas de gestación (interrupción por causas médicas).

En segundo lugar esta Institución recomendaba que, mientras que no sea posible la prestación en Jaén de la IVE en condiciones de igualdad con las restantes provincias andaluzas, **se regule normativamente la compensación de los gastos por desplazamiento, alojamiento y manutención a las embarazadas que tengan que desplazarse fuera de la provincia de Jaén** para la práctica de la IVE. La administración sanitaria nos ha indicado que se está desarrollando el borrador de Decreto que actualizará la prestación ortoprotésica en Andalucía y por en el que se regularán las ayudas por gastos de desplazamiento con fines asistenciales, cuestión sobre la que nos seguiremos interesando a fin de confirmar en qué términos se produce dicho cambio normativo y se ha producido el mismo y si por tanto esta Recomendación ha sido aceptada.

La segunda cuestión de relevancia en este apartado versa, como hemos adelantado, a los **avances en la humanización de las actuaciones médicas durante el embarazo, el parto y el puerperio**, que han permitido la instauración progresiva de protocolos asistenciales específicos en algunos hospitales del SSPA.

Tanto en 2024 como en años anteriores, algunas mujeres nos han trasladado su preocupación por que durante la cesárea puedan estar acompañadas por una persona de su elección, así como que la madre pueda realizar el contacto “piel con piel” y permanecer con su bebé inmediatamente después del nacimiento, sin ser separada del mismo hasta la recuperación de la anestesia, sin perjuicio de que lógicamente las circunstancias clínicas concurrentes en cada caso puedan justificar una actuación diferente. Entre las múltiples ventajas que la literatura científica reconoce a estas prácticas se encuentran favorecer el establecimiento de la lactancia materna exclusiva, la mejora del vínculo afectivo madre/bebé, la mejora de la estabilidad cardiopulmonar, la termorregulación y los niveles de glucemia de las criaturas y su reducción del estrés durante el período posparto, etc.

Actualmente sin embargo, dependiendo de cada hospital y debido al distinto nivel de desarrollo de sus planes de humanización, las pacientes podrán estar acompañadas o no por su pareja u acompañante, y permanecer con su bebé o no durante varias horas tras la cesárea.

Dicha preocupación nos la trasladaba una mujer embarazada que tenía prevista una cesárea en el Hospital Universitario Punta de Europa, demandando, como ella misma decía, la implantación de las **“cesáreas humanizadas”** (queja 23/8212). Además de interesarnos por las circunstancias particulares de su caso, interesaba a esta Institución conocer el actual desarrollo del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía y, en particular, la humanización de la asistencia en la atención hospitalaria y la atención neonatal en los partos por cesárea.



La administración sanitaria nos informó de la instauración del **programa “Contacto piel con piel tras la cesárea” en 13 hospitales del SSPA**: Virgen del Rocío y Virgen de Valme en Sevilla; Hospital Infanta Margarita en Córdoba; Punta de Europa, Jerez de la Frontera y Línea de la Concepción en Cádiz; Costa del Sol en Málaga; Jaén y Alto Guadalquivir en Jaén; Virgen de las Nieves en Granada; y Torrecárdenas, Poniente y La Inmaculada Huércal Overa en Almería.

Dicho programa pivota, en el plano asistencial, sobre la valoración individual de la patología previa, complicaciones anestésicas y complicaciones obstétricas de madre y bebé, de forma personalizada en cada caso una vez recibida la solicitud de la mujer, ofreciendo la posibilidad, si el estado físico de la mujer no lo permite, de que sea otra persona quien realice el protocolo piel con piel en el puerperio inmediato. En el área estructural se promueven espacios, recursos e innovaciones tecnológicas que garanticen el respeto por la dignidad de las pacientes.

Por parte de esta institución **seguiremos pendientes de los avances de la administración andaluza** en la instauración del programa “Contacto piel con piel tras la cesárea”, **esperando que próximamente pueda aplicarse en el resto de hospitales del SSPA** que atienden partos, **en particular en la provincia de Huelva**, que aún no dispone de ningún centro con este protocolo. De igual modo es de esperar que se continúen otras líneas de trabajo relacionadas con la atención perinatal dentro del Plan de Humanización, como el Proyecto de muerte perinatal, que se está desarrollando con la Fundación Matrioskas.

La tercera cuestión de relevancia en este apartado de planes de salud hace referencia a la materialización del proceso asistencial integrado “Atención sanitaria a personas transexuales adultas” del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El 13 de mayo de 2024 esta Defensoría recibió a la Asociación de Transexuales de Andalucía (ATA-Sylvia Rivera), manteniendo una reunión en la que abordamos distintos aspectos que afectan a este colectivo; en particular las **insostenibles demoras que acumulan las cirugías de reasignación genital**, un paso importante para muchas personas transgénero en su proceso de transición, a pesar de la clara voluntad del poder legislativo de continuar la realización de sus derechos, a nivel autonómico especialmente con la Ley 8/2017, de 28 de diciembre, para garantizar los derechos, la igualdad de trato y no discriminación de las personas LGTBI y sus familiares en Andalucía.

Poníamos de manifiesto en dicha reunión las numerosas actuaciones realizadas por esta Institución en los últimos años respecto a las demoras que sufren estas intervenciones, no incluidas dentro de las técnicas detalladas en el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica.

Las quejas nos mostraban un escenario presidido por las listas de esperas, la escasez de medios y la priorización de intervenciones quirúrgicas más urgentes y con encuadre normativo en el Decreto de garantía de plazo de respuesta, que imposibilitaban hacer realidad en un plazo razonable las aspiraciones, anhelos y expectativas de las personas que aguardan la intervención quirúrgica deseada. Asimismo, advertíamos las dificultades para que las personas conociesen una fecha probable de intervención, por lo que resultaba necesario abogar a la transparencia y claridad en los datos para estas personas que aguardan una operación crucial en su trayectoria vital.

En el caso de las intervenciones quirúrgicas de genitoplastia feminizante en el Hospital Regional Universitario de Málaga (HRUM) -intervención respecto de la que hemos recibido varias quejas en estos años-, observábamos que la media de 16 intervenciones anuales antes de la pandemia había disminuido drásticamente, paralelamente al aumento de la demanda. Como consecuencia, **la demora para la realización de estas intervenciones en el HRUM se ha incrementado a los nueve años de espera en 2024**, que aumentarán inevitablemente habida cuenta el incremento del ritmo de la demanda, llegando a ser **inexplicable que un centro de referencia nacional no disponga de capacidad para asumir ni un 10% de las inscripciones anuales**, sin tan siquiera contar las acumuladas.

Por ello, con fecha 14 de octubre de 2024 trasladamos a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud una **Recomendación para que se adopten las medidas organizativas y asistenciales precisas para la satisfacción de la demanda de intervenciones quirúrgicas de reasignación genital en plazos razonables, en particular las genitoplastias feminizantes** (queja 23/9466).

Dicha Recomendación ha sido **aceptada, informándonos de la creación de un grupo de trabajo dedicado a la Cirugía transgénero** para mejorar la capacidad de respuesta de las cirugías para la reasignación de sexo, procedimientos complejos que requieren capacitación y sesiones quirúrgicas muy prolongadas, con objetivos como establecer un plan de formación para capacitar a los profesionales de los centros donde estos procedimientos no se realizan, ampliar esta cartera de servicios, incrementar el número de sesiones quirúrgicas y actualizar periódicamente la lista de espera, entre



otras **medidas encaminadas a reducir la importante demora existente en estos procedimientos, que esperamos puedan implantarse a corto y medio plazo.**

2.1.5.2.10. Derechos de las personas usuarias

La Administración sanitaria y su personal desempeñan un **papel clave en la atención a las víctimas de violencia sexual, especialmente cuando se trata de menores.** Más allá de la asistencia médica, es fundamental garantizar un entorno de confianza, empatía y respeto, donde la atención sanitaria no solo contribuya a la recuperación física y a la recolecta de pruebas, sino también al bienestar emocional de la víctima y su entorno. Para ello, la formación especializada del personal, el cumplimiento riguroso de los protocolos de actuación y la coordinación entre los distintos agentes implicados resultan esenciales. **Un abordaje inadecuado no solo puede revictimizar a la persona afectada, sino también dificultar la denuncia y el acceso a los recursos de apoyo necesarios.**

Hemos tenido la oportunidad de profundizar en 2024 en el **“Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía”** (revisado en 2024) al hilo de la queja presentada por una mujer que nos manifestaba su **disconformidad con el trato recibido por una trabajadora social de su Centro de Salud** en la provincia de Málaga en el año 2023, **tras el abuso sexual sufrido por su hija de 13 años.** Según su testimonio, la profesional minimizó y cuestionó la agresión, centrándose en reprocharle que la menor tuviera novio y afirmando que la agresión “tampoco era para tanto”. La actitud de la profesional no generó un clima de confianza ni empatía, que como hemos señalado son aspectos fundamentales en la atención a víctimas de violencia sexual.

Dado lo expuesto, esta Institución consideró necesario verificar si el Protocolo de actuación ante el maltrato a menores del Distrito de Atención Primaria Costa del Sol había sido revisado conforme al “Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía”, entonces en su primera edición del año 2020. Dicho documento destaca la importancia de una atención profesional, empática y rápida, garantizando la privacidad y seguridad de las víctimas. Al ser la afectada una menor, estos principios deberían haberse extendido también a su progenitora, quien la acompañó en el proceso.

Tras recabar un informe sobre los hechos, trasladamos al citado Distrito de Atención Primaria una **Resolución con cuatro Sugerencias:** revisar y actualizar el protocolo de actuación ante el maltrato a menores, garantizar la intervención de la Comisión Interdisciplinar de Violencia de Género, adaptar el protocolo del Distrito al citado Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía, y dotar al personal de formación y herramientas adecuadas para la atención a víctimas.

La administración sanitaria aceptó todas las Sugerencias y comunicó que la dirección del centro de salud y el referente en violencia de género se reunieron con la trabajadora social y otros profesionales implicados para recabar información y adoptar medidas correctivas, entre ellas la realización de un curso específico sobre el protocolo de actuación ante la violencia en la infancia y adolescencia, con el objetivo de mejorar la atención a estos casos.

2.1.5.2.11. Praxis asistencial

Por último, debemos referirnos a aquellas quejas ciudadanas que consideran que se han producido deficiencias en una atención sanitaria en particular, llegando a atribuir a determinadas decisiones clínicas la producción de daños concretos, lo que puede desembocar en reclamaciones por responsabilidad patrimonial.

Más allá de la adecuación de la praxis asistencial, cuya valoración no compete a esta Institución, es la deficiente información dada a las personas interesadas las que nos ha llevado a formular **Resoluciones dirigidas a que se activen las medidas necesarias para garantizar el derecho de los y las pacientes a recibir respuestas adecuadas a sus reclamaciones en un plazo razonable.**

Una situación de esta naturaleza se nos presentó por un ciudadano que cuestionaba la atención médica prestada a su familiar en su centro de atención primaria en la provincia de Huelva, poco antes de su fallecimiento en el interior de su coche, aparcado en las inmediaciones del mismo. La respuesta a la reclamación que había presentado ante la administración sanitaria no llegó hasta casi seis meses después, a pesar de que únicamente se había consultado al facultativo que le atendió y a la dirección de la Unidad de Gestión Clínica, trámites que no podía considerarse que requiriesen dicha



dilación, especialmente tratándose de un hecho tan grave. Por otra parte, se trataba de una respuesta excesivamente escueta, en la que no se hacía referencia a varias de las cuestiones respecto de las que el promotor demandaba explicación, lo que dio lugar a una Resolución de esta Institución, que fue aceptada (queja 23/5317).

En el aspecto más relacionado con la aplicación de los protocolos y las guías de práctica clínica, analizamos lo acaecido en la demanda de asistencia sanitaria de urgencia prestada a un bebé de entonces cuarenta días en el Hospital de La Línea de la Concepción (Cádiz), al que en dos consultas se le diagnosticó un catarro de vías altas, a pesar de que presentaba signos de empeoramiento. Horas después de la segunda consulta, el bebé ingresó en estado crítico en un centro hospitalario privado con diagnóstico de bronquiolitis severa, requiriendo reanimación y traslado urgente a la UCI del Hospital Puerta del Mar de Cádiz. **Consideraba la interesada que la falta de valoración por un pediatra y la falta de diligencia impidieron detectar la gravedad del cuadro, lo que derivó en un deterioro severo de la salud del menor**, permaneciendo en la UCI del Hospital Puerta del Mar durante casi un mes en estado crítico, con importantes secuelas para su salud.

El Hospital de La Línea de la Concepción cuenta con una consulta de pediatría 24 horas a cargo de un médico de familia, así como con especialista en pediatría que presta servicios de guardia con presencia física en la planta de hospitalización. En este caso, sin embargo, el facultativo que atendió al bebé no estimó necesario recabar la atención del pediatra de planta a la vista del estado del menor ni apreció la concurrencia de criterios para su permanencia en observación.

Esta Institución no puede concluir si la atención prestada se ajustó a la *lex artis* y el drástico empeoramiento de un bebé de tan corta edad se debió a la evolución natural de la enfermedad que no era previsible unas horas antes. No obstante, a la vista de toda la información recabada, formulamos una **Resolución al Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Este, en primer lugar, a fin de que se valore la iniciación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de oficio**; y en segundo lugar, para que se **revisase que el protocolo de actuación ante episodios de menores con bronquiolitis y otras afecciones respiratorias se adecúa a las guías de práctica clínica**. Dicha Resolución ha sido aceptada, comunicando además que una especialista en pediatría ha realizado sesiones clínicas dirigidas al personal de Urgencias, a fin de afianzar sus conocimientos sobre los episodios de menores con bronquiolitis y otras afecciones respiratorias, esencialmente en lo que atañe a la posibilidad de empeoramiento en un plazo de tiempo de pocas horas cuando se trata de menores de tan corta edad (queja 21/8280).

2.1.5.3. Quejas de oficio

- ▶ **Queja 24/0424**, nos interesamos por la petición de un padre que lamenta que no se le realice un abordaje domiciliario de la patología de su hijo.
- ▶ **Queja 24/0425**, investigamos la situación de una vecina afectada con un trastorno de salud mental y la posible necesidad de cambio de enfoque del tratamiento que se le está aplicando.
- ▶ **Queja 24/4929**, investigamos sobre la Declaración de Voluntad Vital Anticipada.



Este tema en otras materias

Balance

B2.3. Salud

Durante el último año, como en los precedentes, hemos seguido enfrentando desafíos como la **sobrecarga del sistema de atención primaria**, las interminables listas de espera o la falta de facultativos/as de determinadas especialidades, en particular en algunas áreas sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (en adelante SSPA).

La protección de la salud es un pilar fundamental del Estado del Bienestar y un derecho esencial de la ciudadanía, de ahí que en este ejercicio 2024, a raíz de las quejas recibidas, hemos atendido: las dificultades que enfrenta la atención primaria; la casuística variada que ofrece la atención especializada, como la que resulta de la falta de especialistas en neurología, la atención a enfermedades raras o la reproducción humana asistida; la atención temprana; la salud mental en general y, en particular, la falta de profesionales clínicos para atender a los menores de edad; los tiempos de respuesta asistencial; el transporte sanitario; el control de la incapacidad temporal; la aplicación de políticas de salud que afectan directamente a las mujeres, como ocurre con el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo y la humanización de la atención perinatal en Andalucía; la atención sanitaria a personas transexuales, en particular las demoras que acumulan las cirugías de reasignación genital; la actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales; y, por último, las quejas relativas a mala praxis asistencial.

Como Defensor del Pueblo Andaluz, en 2024 hemos puesto el foco en impulsar mejoras del Sistema Sanitario Público andaluz

Desde el del Defensor Pueblo Andaluz seguimos con atención y desvelo la implementación de estas políticas, poniendo el foco en las quejas de la ciudadanía para impulsar mejoras en el Sistema Sanitario Público Andaluz.

B3.2.1. Medidas insuficientes a favor de las personas electrodependientes

Como novedad regulatoria a destacar, el año pasado se incorporó una **medida en favor de las personas electrodependientes**, de modo que esta circunstancia permite incrementar los límites de renta que se establecen para tener derecho al mismo.

No obstante se deja a posterior desarrollo reglamentario, por parte del Ministerio de Sanidad, la definición de las condiciones de acceso, el procedimiento y certificación de la situación de electrodependencia, así como el catálogo de enfermedades que determinan la electrodependencia.

Defendemos que las personas electrodependientes son un colectivo específico que tiene derecho al bono social

Nos parece insuficiente esta regulación, ya que no ha incorporado a las personas electrodependientes como colectivo específico que tiene derecho al bono social. Esta medida les permitiría compensar, en cualquier caso, el excesivo gasto de energía eléctrica que supone la dependencia de determinadas máquinas para su cuidado en el ámbito domiciliario.



Prueba de ello son los datos que ofrecía la Encuesta sobre Condiciones de Vida del INE (febrero de 2024), señalando que en 2023 el **20,7% de la población nacional no podía mantener su vivienda con una temperatura adecuada**. Por ello reclamamos que, del mismo modo, se impulsen iniciativas públicas con implantación territorial suficiente que permitan abordar situaciones de pobreza energética o pobreza hídrica, favoreciendo estudios de intervención integral en viviendas y orientando a las personas vulnerables en el acceso a los recursos disponibles en favor de la ciudadanía.

Por tanto, el acceso a los servicios de interés general está íntimamente ligado con el contenido de algunos de los derechos cuya protección tenemos encomendada, como el derecho a la salud; a una vivienda digna; al acceso a las tecnologías de la información y de la comunicación, y al disfrute de los recursos naturales.

B5.3. Compromiso del Defensor con el impulso a Seis Causas

...

2ª causa: Defensa de la salud y el bienestar

El Defensor del Pueblo andaluz urge a fortalecer nuestro sistema de salud, público y universal, porque todos nos sentimos más seguros cuando lo público está fuerte y presente, **con recursos y personal suficiente** para atender las necesidades de los pacientes; y con un **atención primaria cercana**, que escuche. Como dijo Gregorio Marañón, la silla es el avance más importante de la medicina, es decir, escuchar al otro con la atención y el tiempo necesario.

Para ello urgen **tiempos de respuesta** ágiles en las consultas y en las intervenciones quirúrgicas, así como recursos suficientes para la **investigación** que nos prevengan de nuevas enfermedades y epidemias. También más profesionales en **salud mental** y la **atención integral a las personas de mayor edad**. Conocemos las reclamaciones por una pensión digna; una ley de dependencia ágil; unas listas de esperas sanitarias más cortas; medidas ante una soledad no deseada; o una atención de organismos públicos y entidades bancarias más adaptada a sus perfiles y habilidades.

Por tanto, el Defensor del Pueblo andaluz reclama la necesidad de que la Administración invierta en una **economía de cuidados**.

...

1. Personas mayores por derecho propio

1.3.2. La atención a las personas mayores en el ámbito residencial

...

Más complejos son los casos relacionados con la **atención sanitaria a las personas mayores que viven en residencias**, que frecuentemente parten de sospechas de un mal cuidado dispensado a residentes a los que que, derivados a los servicios de urgencias hospitalarios, se les detectan fracturas no recientes, deshidratación, efectos secundarios a medicación, u otras afecciones sintomáticas de una atención deficitaria.

La valoración facultativa es la única que puede despejar las dudas de los seres queridos, considerando imprescindible por nuestra parte la intervención en este sentido aclaratorio de la Inspección de Servicios Sociales y de la Inspección de Servicios Sanitarios, aunque en los casos que hemos conocido e investigado, la realidad es que no hemos tenido noticia de que a resultas de su intervención, se haya apreciado la concurrencia de infracción legal.



Sobre la necesidad de garantizar el derecho a la protección de la salud de las personas mayores que viven en residencias, hemos insistido reiteradamente en esta Institución, sobre todo al hilo de las manifestaciones de familiares que constatan el rechazo del facultativo especialista de familia para desplazarse al Centro y atender una demanda puntual de valoración y atención sanitaria a un residente, que no sea la que se efectúa dentro de una periodicidad programada, en muchos casos, quincenal.

Que el derecho a la protección de la salud de las personas mayores que viven en residencias está precisado de mayor garantía, no solo es la afirmación de esta Institución basada en los testimonios que recibimos, sino el reconocimiento explícito de la propia Administración en la I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027, entre cuyas líneas estratégicas se contemplan “mejoras en la atención sanitaria de las personas mayores que viven en Residencias, a través de medidas como:

- ▶ La adecuación de la cartera de servicios del SAS, con un presupuesto previsto de 2.850.000 € de 2024 a 2027.
- ▶ La elaboración de protocolos de coordinación entre el SSPA y el SPSSA para garantizar la continuidad de la atención a las personas que viven en centros residenciales, especialmente en caso de derivación hospitalaria, alta o reingreso y posterior incorporación al centro residencial.
- ▶ El acceso de los profesionales que prestan servicios en los Centros Residenciales de Personas Mayores de Andalucía a la Historia Clínica Única DIRAYA, con presupuesto de 1.500.000 € en 2024, 700.000 para 2025 y 500.000 €, respectivamente, para los años 2026 y 2027.
- ▶ Y el desarrollo y seguimiento del Proyecto de Implementación de DIRAYA en los Centros Residenciales de Personas Mayores.

Nos adentramos ahora en esta Estrategia, cuya presentación se ofreció asimismo en la jornada organizada por esta Institución.

1.4. La coordinación sociosanitaria

En nuestra comunidad autónoma la coordinación sociosanitaria a favor de las personas mayores, se encuentra contemplada desde el año 1999 en la Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Andalucía, que dedica un Título específico (Título V de la atención sociosanitaria, artículos 24 a 29) a regular el Sistema Sociosanitario Andaluz dirigido a las personas mayores que por su alto grado de dependencia, especialización en los cuidados e insuficiencia de apoyo sociofamiliar requieran ser atendidas conjuntamente por los recursos sanitarios y sociales.

Define dicha ley el Sistema de Atención Sociosanitario Andaluz como aquel cuya finalidad es la prestación, de forma integral y coordinada, de servicios propios de la atención sanitaria y de los servicios sociales, bien sean de carácter temporal o permanente, configurados como una red de servicios lo más próximos posible al entorno habitual de la persona mayor y de prestaciones interniveles, que da cobertura a necesidades de cuidados de forma integral, interdisciplinar y rehabilitadora.

Sobre esta base sienta sus principios generales, basados en potenciar el mayor grado de autonomía e independencia en el entorno domiciliario, a fin de evitar el ingreso innecesario en instituciones, así como en la coordinación y actuación conjunta entre los servicios sociales y los servicios sanitarios; delimita la configuración de la red sociosanitaria, cuyo Sistema se conforma por los servicios y centros de la Administración de la Junta de Andalucía que se determinen reglamentariamente y los de las Entidades Locales y otras instituciones públicas y privadas con las que ese establezcan los adecuados mecanismos de colaboración; enumera algunas de sus prestaciones (atención domiciliaria, atención en períodos de convalecencia y rehabilitación, cuidados paliativos, atención en estancias diurnas y atención de larga duración); establece una financiación del Sistema con cargo a los presupuestos propios de la Administración de la Junta de Andalucía y de las Entidades Locales y la posible financiación por subvenciones y aportaciones voluntarias de entidades, particulares y cualquier otra forma no especificada; así como contempla la participación de los usuarios en el coste de sus servicios y prestaciones.

En todo caso, la Ley 6/1999 remite a la regulación reglamentaria la definición de las estructuras y dispositivos necesarios para la correcta valoración de los casos, planificación y asignación de medidas, derivación y evaluación de los procesos.



El enfoque interdisciplinar e interniveles de la coordinación sociosanitaria, ínsito en su misma denominación, se refleja en su inclusión tanto dentro de la normativa sanitaria como de la social.

En el primer sentido, la atención sociosanitaria aparece como una de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, cuyo artículo 14 ha sido además recientemente reformado por la Ley 3/2024, de 30 de octubre, para mejorar la calidad de vida de personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica y otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible.

En el plano social, la Ley estatal 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (artículo 11.1.c), atribuye a las comunidades autónomas el establecimiento de los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención, del mismo modo que la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía, alude a la coordinación entre los servicios sociales y otros sistemas de protección social en particular con el sistema de salud (artículo 58 LSSA).

La abundancia de referencias legales a la coordinación sociosanitaria, sin embargo, no acaba de tener un reflejo real en Andalucía a través de su desarrollo normativo y de la definitiva implantación del Sistema, por más que se hayan producido iniciativas dirigidas a darle forma dentro de las políticas públicas andaluzas, como las previsiones del I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023, comprensivo de medidas sobre el modelo sociosanitario y sobre la coordinación entre los sistemas social y sanitario y, de forma más concreta, a pesar de la aprobación de la I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027, por Acuerdo de 30 de abril de 2024, del Consejo de Gobierno.

Esta I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027 (EACS), cuya formulación data del previo Acuerdo del Consejo de Gobierno de 23 de marzo de 2021, reconoce la existencia de excesiva normativa nacional y andaluza sobre la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios de ámbito estatal y autonómico y, a su vez, el insuficiente desarrollo posterior de la misma.

Efectivamente, la coordinación sociosanitaria afronta la complejidad de confluir en la misma regulaciones territoriales tanto del ámbito estatal como del autonómico y, además, funcionalmente, del sector sanitario y del social, que no han sido objeto de un auténtico desarrollo armónico, coordinado y conjunto que permita cohesionar sus prestaciones y servicios y eliminar el “escalón” entre lo sanitario y lo social, dentro de un sistema nivelado de acceso a los recursos de uno y otro.

Precisamente en relación con esto último, en la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz hace años que venimos conociendo el problema que afrontan los hospitales del sistema sanitario público andaluz ante la ocupación de camas sanitarias por razones sociales, que se plantea en los casos de personas convalcientes en situación de alta clínica a las que no se puede cursar por carecer de red familiar y social de apoyo.

Un dilema humano ético de envergadura que, además, tiene un gran coste para el presupuesto público, como la propia EACS reconoce cuando reseña que el coste de las estancias sociales en centros hospitalarios del SSPA es catorce veces superior al coste diario en una plaza residencial.

Uno de estos casos puede consultarse en el subcapítulo de este Informe dedicado al SAAD, cuyo trasfondo es el de la demora en el acceso a plaza residencial de un vecino de la provincia de Sevilla, persona mayor en situación de dependencia por padecer una demencia frontotemporal con reacciones violentas.

La necesidad de atención residencial del afectado y su carencia de familiares que lo asumieran, determinó la prolongación de su estancia en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen Macarena, hasta que la Administración autonómica competente le reconoció e hizo efectivo el derecho de acceso al Servicio de Atención Residencial, centro RM Vitalia Écija (plaza de Trastorno de Conducta), perteneciente a la entidad Vitalia Écija, S.L.

De especial importancia son los casos precisados de atención sanitaria a la convalcencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional que, como dice la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, les facilite, mantenga o devuelva el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible, “con el fin de mantener su máxima autonomía, mejorar la calidad de vida y reintegrarles en su medio habitual”.

La falta de diligencia en la respuesta en estos casos condiciona la posibilidad de retomar el proyecto vital, cuando incumben a personas mayores convalcientes que no desean acabar institucionalizadas, pero cuya falta de recursos para la adecuada convalcencia y recuperación, frustra la expectativa de retornar a su domicilio.



Esto es lo que sucedió en el caso de una vecina de Sevilla, septuagenaria, absolutamente autónoma para las actividades básicas de la vida diaria y dedicada a la atención de su hijo con síndrome de down y 47 años de edad, que sufrió una caída en su domicilio con fractura de hombro, de la que hubo de ser intervenida quirúrgicamente en el Hospital Virgen del Rocío.

El ingreso hospitalario comprendió el de su hijo, con quien acudió al servicio de urgencias, a fin de evitar que quedase en situación de abandono en el domicilio familiar durante la estancia hospitalaria de su madre, dado que carecen de red familiar de apoyo.

Acordada el alta hospitalaria al día siguiente de la operación, para la continuidad de la recuperación en su domicilio, la trabajadora social del Centro sanitario detectó que no era posible la convalecencia domiciliaria con un hijo a su cargo y sin alguna persona que se ocupara asimismo de auxiliar a la propia paciente.

El Personal de la Unidad de Trabajo Social del Hospital gestionó así el acceso a un recurso de estancia temporal conjunto para madre e hijo, hasta la recuperación de la primera, pero ninguna solución pudieron encontrar ni de los Servicios Sociales Comunitarios, ni de la Junta de Andalucía, en el Proyecto de Estancias intermedias y Programa de Respiro Familiar, ni en centros residenciales, dado que todos le fueron denegados por falta de uno u otro requisito de madre o de hijo.

El resultado fue la derivación de la afectada y de su hijo a plaza del concierto de prestación de asistencia sanitaria complementaria a personas usuarias del SAS en mayo de 2024, que no está destinado a cuidados intermedios, pero que refiere la Consejería de Salud y Consumo que se utiliza en casos excepcionales.

La trabajadora social ha objetado reiteradamente que la afectada estaba precisada de rehabilitación para recuperar la capacidad funcional y que, a pesar de ello, había sido derivada a un Centro sanitario en el que no tenía opciones de recuperación funcional, dado que no cuenta con servicio de rehabilitación.

Efectivamente, compartiendo este planteamiento, el Defensor del Pueblo Andaluz dirigió una resolución a la Consejería de Salud y Consumo y a la de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad (queja 24/4373), sin que concluido el año 2024 se haya dado solución a una mujer mayor que no desea abandonar su forma de vida previa, ni perder su entorno y domicilio y que aspira a retornar al mismo en las condiciones físicas precisas, para poder recuperar su vida, el cuidado de su hijo y la rutina de éste en el Centro de Día al que acude.

Como último recurso, hemos insistido solicitando al Hospital Virgen del Rocío la valoración de los beneficios que, a pesar del tiempo transcurrido, pudieran permitir a la interesada recuperar su capacidad funcional mediante tratamiento rehabilitador. Este es el resultado que aguardamos conocer para adoptar las decisiones de conclusión oportunas que, en todo caso, son adversas en cuanto a los instrumentos actuales de la coordinación sociosanitaria, en virtud de lo expuesto.

En resumen, las necesidades a amparar por esta vía son diversas, todas precisadas del abordaje al que alude la I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027, aunque la misma advierta ya de antemano que las que analiza son meras previsiones no garantizadas, en virtud de los riesgos derivados de la incertidumbre del escenario fiscal y económico y de una implantación sujeta a condicionantes de financiación, con supeditación al artículo 3.1 de la LO 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera y a la dotación en las correspondientes leyes autonómicas de presupuestos anuales.

Al margen de los límites presupuestarios aludidos, la EACS no se ha desarrollado normativamente (ni legal ni reglamentariamente), más allá de la puesta en marcha del limitado programa piloto.

Debemos concluir que junto a dicho desarrollo normativo consideramos que procede revisar la regulación de la coordinación sociosanitaria recogida en la Ley 6/1999, a fin de su actualización y adaptación a la Ley 39/2006 reguladora del SAAD y normativa concordante.



2.1.1. Dependencia

2.1.1.1. Introducción

...

Desde una perspectiva subjetiva y alcance estatal, el legislador ha puesto el acento en la **mejora de la calidad de vida de personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible**, a través de la Ley 3/2024, de 30 de octubre, entre cuyas disposiciones se contemplan reglas específicas en el procedimiento para la calificación y revisión del grado de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema y para la revisión del programa individual de atención en el caso de personas con ELA y otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible (artículo 5).

En particular, el derecho al reconocimiento por resolución de un Grado I y del recurso pertinente, desde el mismo diagnóstico de la enfermedad o proceso correspondiente, con un plazo máximo reducido a tres meses sobre el general de seis meses. Por su parte, el plazo máximo para resolver las solicitudes de revisión de grado de dependencia y las solicitudes de revisión del programa individual de atención es de tres meses (plazo que en Andalucía no supone una reducción del general reconocido en el nuevo procedimiento para las revisiones de recurso, que también es de tres meses).

A efectos prácticos, en Andalucía esta novedad legal se ha reflejado en la tramitación del expediente de la persona afectada conforme al Protocolo de tramitación preferente (queja 24/3269).

...

2.1.1.2.6.2. La alteración provocada por los nuevos criterios de acceso al Servicio de Atención Residencial

...

Precisamente, la insuficiencia de plazas residenciales para perfiles específicos, plantea situaciones angustiosas para algunas personas dependientes y para sus familias que, afortunadamente a veces tienen un final satisfactorio.

Así ocurrió en el caso de una vecina de la provincia de Sevilla, cuyo padre había sido expulsado de una residencia en la que ocupaba plaza privada entretanto se le asignaba plaza del Sistema de la Dependencia, a causa de su agresividad.

El afectado padece una demencia frontotemporal moderada-avanzada, que generaba situaciones violentas en el centro, con agresiones a sí mismo y a otros residentes, dándose la circunstancia de que la hija que acudió a esta Institución en amparo de su padre llevaba 24 años sin tener relación con él, a causa de haber sido víctima de su maltrato físico y psicológico.

La interesada había sido contactada dándole noticia de que su padre, con 66 años de edad, se encontraba en situación de vulnerabilidad, accediendo entonces a ocuparse de su amparo mediante la solicitud de reconocimiento de su dependencia en noviembre de 2023, cuya tramitación preferente por urgencia/emergencia social activaron los servicios sociales comunitarios en febrero de 2024, ingresando en esa misma fecha en plaza residencial privada mientras tanto, con la expulsión por las razones ya descritas en julio del mismo año.

Este hecho llevó al ingreso del afectado en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen Macarena y a esta Institución a interesarse por la intervención coordinada de la Delegación Territorial en Sevilla de la Consejería de Inclusión Social, la del centro sanitario y la de la Fiscalía.



Hemos de mostrar satisfacción por la colaboración especial mostrada por el Hospital Virgen Macarena de Sevilla, hasta que la Administración autonómica ha reconocido el derecho de acceso del afectado al Servicio de Atención Residencial, centro RM Vitalia Écija (plaza de TC), perteneciente a la entidad Vitalia Écija, S.L.

El problema de los hospitales del sistema sanitario público andaluz, enfrentados al dilema de la ocupación de camas sanitaria por razones sociales, cuando se trata de personas sin red familiar y social de apoyo, que no encuentran solución residencial en el SAAD, a pesar del alta clínica, merecería un análisis independiente por su envergadura e importancia.

Hasta la fecha es una dificultad que no ha obtenido respuesta eficaz y diligente ni desde los recursos de la ASSDA para el Sistema de la Dependencia, ni a través de la Coordinación Sociosanitaria, cuya I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027, aprobada por Acuerdo de 30 de abril de 2024, del Consejo de Gobierno, no se ha desarrollado normativamente, más allá de la puesta en marcha de un programa piloto de alcance muy limitado y pobres ambiciones.

A ello aludimos en el capítulo de actuaciones relevantes de este Informe Anual, al hilo del análisis de las necesidades de nuestras personas mayores.

...

2.1.2. Educación y Universidades

2.1.2.1.1. Introducción

La educación adquiere un destacado protagonismo en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. El Objetivo 4 de dicha Agenda se dirige a garantizar una **educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje** durante «toda la vida para todos». Argumenta dicho reto que invertir en una educación de calidad es básico para mejorar la vida de las personas y, por lo tanto, para contribuir al desarrollo sostenible. Solo a través del acceso a la educación de toda la población se puede garantizar un crecimiento económico y social sostenible, así como una mayor preocupación y acción respecto al medioambiente.

Además de dicho Objetivo, queremos traer a colación otro aspecto donde el Sistema educativo adquiere un destacado protagonismo. Nos referimos a la Meta 3.4 relativa a la tasa de mortalidad por suicidio, cuyo propósito es que, en el 2030, se reduzca en un tercio el riesgo de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, así como promover la salud y el bienestar mental.

Es un hecho que el suicidio representa un grave problema de salud pública y una tragedia que afecta a las familias, a las comunidades y a los países. La sociedad suele ser reacia a tratar, debatir o hablar de este fenómeno. Siempre se ha considerado un asunto tabú, de manera singular para las familias afectadas por esta tragedia. El insoportable dolor y frustración que produce en el seno familiar el fallecimiento de uno de sus miembros por esta causa ha propiciado que durante mucho tiempo el problema haya sido silenciado, sobre todo por temor a un cierto efecto mimético. Sin embargo, **son cada vez más los expertos que cuestionan la ocultación del suicidio como una forma de prevenir su creciente incidencia.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace tiempo que alertó sobre el incremento de las muertes por suicidio a nivel mundial. Cada año se suicidan cerca de 700.000 personas en el mundo aunque por cada suicidio consumado hay muchas tentativas de suicidio. El 77% de los suicidios se produce en los países de ingresos bajos y medianos.

Pues bien, por mucho que nos pueda extrañar y nos resulte difícil de comprender, los adolescentes también se suicidan, no solo las personas adultas. Especialmente preocupantes son las cifras aportadas por la señalada OMS según las cuales **el suicidio, a nivel mundial, es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años.**

Este incremento de las muertes por suicidios de la población adulta y en especial de los jóvenes así como los intentos de autolisis, de modo singular tras la pandemia, ha puesto en el debate el alcance del fenómeno y la necesidad de intervenir. Hemos pasado del silencio al reconocimiento del problema. Pero ello no es suficiente, tenemos que ir del silencio a la acción.



En este contexto, el Consejo Europeo ya ha solicitado mayor implicación de la investigación científica, la educación en la escuela y los centros de atención médica con la finalidad de prevenir el suicidio en niños y adolescentes para convertirlo en una prioridad política. Es por ello que se ha realizado un llamamiento a las autoridades sanitarias, educativas y a la conciencia ciudadana para frenar las cifras de adolescentes y jóvenes que deciden poner fin a sus vidas.

Por su parte, el Consejo General de la Psicología insiste en la necesidad de diseñar e implementar una estrategia multidisciplinar y coordinada para la prevención del suicidio, que ofrezca una respuesta integral y que dé cuenta de la naturaleza multicausal de los comportamientos suicidas. Para tal finalidad propone determinadas acciones como: concienciar a la población sobre el suicidio, luchar contra los tabúes y estigmas de los problemas de salud mental, mejorar la detección de la depresión en la población infanto-adolescente en el ámbito educativo, desarrollar acciones coordinadas entre los profesionales sanitarios y otros sectores (educación, servicios sociales, policía), o identificar colectivos vulnerables según el nivel de riesgo para la prevención de la conducta suicida.

Acorde con el objetivo de la meta 3.4 vamos a centrar nuestro análisis en el papel de la escuela en la educación emocional del alumnado y como instrumento para prevenir el suicidio.

Hemos de partir de la base de que el bienestar emocional de niños, niñas y adolescentes representa un componente esencial de su desarrollo general y debe constituir una prioridad de las instituciones educativas. La salud emocional no supone la ausencia de problemas; antes al contrario, el bienestar emocional es la capacidad del niño o niña para enfrentarse a los desafíos de la vida con resiliencia y optimismo. Supone que el menor debe aprender a reconocer y gestionar sus emociones, a desarrollar una autoestima saludable y a construir relaciones positivas.

Ante este nuevo escenario de intervenciones de la escuela, las distintas leyes educativas han venido a reflejar un reconocimiento creciente de la importancia de la salud emocional en el desarrollo integral de los estudiantes que les permita obtener las herramientas necesarias para gestionar sus emociones y mejorar sus relaciones interpersonales.

Citamos la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, que, aunque no contiene un precepto específico dedicado a las competencias emocionales, el preámbulo de la norma y varios de sus preceptos destacan la **importancia de la dimensión afectiva en la educación**.

En cambio, la vigente Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley de 2006, aborda la educación emocional en varios de sus artículos cuando reconoce que los fines del sistema educativo incluye el pleno desarrollo de la personalidad y capacidad del alumnado; cuando habla de la educación en el ejercicio de la tolerancia y la libertad dentro de los principios democráticos de convivencia y de prevención de conflictos; cuando menciona la educación en la responsabilidad individual del mérito y esfuerzo personal; o cuando incluye la formación de la paz, el respeto de los derechos humanos, a los seres vivos y al medio ambiente. Para estos fines, las Administraciones educativas dispondrán los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional (artículo 71).

Ante este escenario que ha diseñado la ley educativa, resulta evidente que el profesorado y resto de profesionales del centro educativo deben estar atentos a las señales de angustia emocional, tales como cambios en la personalidad o el comportamiento (por ejemplo, cuando el niño o adolescente está más retraído, se le ve triste, más irritable, ansioso, cansado o apático, o comienza a actuar de forma errática, implicándose en acciones perjudiciales para sí mismo u otras personas), y también ante los patrones de sueño o los hábitos alimenticios. Cuando se visualizan dichas señales, los profesionales de la educación deben prestar apoyo al alumno o alumna antes de que la situación se agrave y pueda desembocar en un intento de autolisis, y ello sin perjuicio de que cada situación deberá ser abordada en el contexto profesional especializado que se estime pertinente.

Detectar e intervenir en los casos señalados no es tarea fácil; en absoluto. Por ello, hemos de congratularnos de que Andalucía se haya sumado a las comunidades autónomas que cuentan con **protocolos específicos para la prevención del suicidio en el ámbito educativo**. Una iniciativa que fue expresamente demandada por esta Institución en su condición de Defensoría de la Infancia y Adolescencia, y que viene a dar cumplimiento a la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, que establece que las administraciones educativas regularán los Protocolos de actuación contra el abuso y el maltrato, el acoso escolar, ciberacoso, acoso sexual, violencia de género, violencia doméstica, suicidio y autolesión (artículo 34).

El mencionado documento denominado “Guía para la prevención del riesgo de conductas suicidas y autolesiones del alumnado”, pretende guiar y acompañar a los centros en la elaboración de una propuesta de prevención, protección e



intervención para situaciones de riesgo o evidencia de conductas suicidas y autolesiones, contando con el apoyo del Servicio de Inspección Educativa y de otras instancias que puedan asesorar al centro. Su objetivo es poner en marcha una serie de mecanismos de atención, cuidado y protección especial del alumnado afectado.

Para ello, las tareas de planificación del centro, con especial participación del Coordinador o Coordinadora de Bienestar y Protección y la Orientación Educativa, así como la coordinación con la familia y con los servicios especializados (Salud y, en su caso, Servicios Sociales) que puedan conocer del caso, debe considerarse fundamental.

Las bondades de la iniciativa descrita obliga a los centros educativos a contar con una serie de recursos. Recursos personales y materiales para poder ejercer las encomiendas sobre prevención del suicidio de modo eficaz y eficiente. Y es que no podemos olvidar que el profesorado y equipos directivos de los colegios e institutos se enfrentan cada vez a un panorama más complejo desempeñando, junto con el trabajo tradicional de transmisión, otros roles esenciales en la formación emocional y social del alumnado.

Por otro lado, como ya hemos tenido ocasión de exponer en diferentes foros, nos preocupan los importantes desafíos a los que se están enfrentando aquellos y aquellas profesionales que tienen encomendadas las funciones de Coordinador o Coordinadora de bienestar social. Representan un papel esencial para detectar y apoyar al alumnado en situación de vulnerabilidad, proporcionando una comunicación y coordinación fundamental entre la escuela, la familia y otras administraciones públicas (servicios sociales y salud). Su trabajo es importante, diverso y complicado: deben manejar casos de suma complejidad, coordinar recursos limitados, ofrecer apoyo a niños, niñas y adolescentes con problemas de bienestar emocional. Y en un alto porcentaje de los casos, todas estas loables actuaciones se realizan teniendo que compatibilizarlas con sus tareas escolares ordinarias.

Con fundamento en todo lo señalado, esta Defensoría no puede por menos que reclamar de las administraciones educativas todos los recursos necesarios para que los profesionales de la Escuela puedan desarrollar su labor de prevención del suicidio adecuadamente. No se trata solo de una cuestión laboral, que también, se trata sobre todo y ante todo de que se puedan llevar a cabo todas las acciones y medidas previstas por el ordenamiento jurídico para proteger al alumnado con problemas de bienestar emocional y como prevención del suicidio.

2.1.2.1.2.6.1. Educación especial

...

En la misma estrategia, destacamos otra actuación por expresa iniciativa de la Defensoría centrada en el **alumnado que presenta graves dificultades por motivos de salud y debe compaginar su presencia escolar con los necesarios apoyos desde los dispositivos sanitarios**. Baste citar el ejemplo de la queja 24/8182 en la que se había acordado la escolarización conjunta de unas gemelas ya que una, con una grave enfermedad, no tenía asistencia en el centro de referencia. Ello señala que la presencia de estos apoyos no está tan irradiada como la realidad exige y que la disponibilidad de estos profesionales sigue siendo un factor singular y, en ocasiones, demasiado especial.

Precisamente, nuestra actuación se dirigió a conocer la aplicación de un protocolo especial suscrito entre las Consejerías de Educación y de Salud a fin de abordar esta delicada situación para muchas familias, profesionales implicados y alumnado con enfermedades graves.

La cuestión viene de lejos, puesto que a lo largo de 2022, y sobre todo 2023, las quejas que exponían estas cuestiones eran respondidas remitiéndonos a un "protocolo" que se venía discutiendo entre los departamentos afectados. Ello propició que la Defensoría requiriese mayores detalles de este recurrente proyecto de protocolo, en especial cuando en septiembre de 2024 tal protocolo fue institucionalmente presentado.

Aún restaban meses para que pudiéramos acceder al texto del citado documento y sobre todo, lo más importante, conocer los resultados concretos del documento denominado "Protocolo conjunto de colaboración que establece condiciones generales y básicas necesarias para ofrecer una escolarización segura al alumnado enfermo en situación de cronicidad o en situación de cuidados paliativos", que debía clarificar el papel y los procesos de intervención de todos los servicios sanitarios y educativos para atender al alumnado con enfermedades terminales y crónicas graves.



Por ahora, estamos a la espera de poder acceder a toda la información que explique la puesta a disposición de prestaciones de naturaleza sanitaria y educativa en el marco de la atención que se facilita al alumnado con necesidades especiales.

Somos conscientes de que estamos ante una compleja realidad, en la que se produce gran variedad de casos singularizados y con perfiles muy diversos, en los que existe un denominador común consistente en necesidades de prestaciones y cuidados de tipo sanitario para este tipo de alumnos.

Confiamos que esta investigación pueda concluir brevemente y estar en condiciones de proceder a una evaluación de sus resultados. Mientras, continuaremos atendiendo los casos concretos que continúan llegando y que tramitamos de manera particularizada (queja de oficio 24/6359, Queja 24/6571).

...

2.1.2.3. Actuaciones de oficio

...

- ▶ **Queja 24/2718**, ante Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional y la Consejería de Salud y Consumo, relativa a la aplicación del Protocolo para alumnado con enfermedades crónicas o raras en Andalucía.
- ▶ **Queja 24/6359**, ante la Delegación Territorial de Desarrollo Educativo, Formación Profesional, Universidad, Investigación e Innovación en Sevilla, relativa a las Necesidades de respuestas educativas singulares para un alumno escolarizado en un centro educativo en Huévar del Aljarafe, Sevilla.
- ▶ **Queja 24/6571**, ante la Delegación Territorial de Desarrollo Educativo, Formación Profesional, Universidad, Investigación e Innovación en Málaga, relativa a la atención a un alumno con necesidades sanitarias derivadas de enfermedad grave y crónica escolarizado en un centro educativo en Málaga.
- ▶ **Queja 24/6572**, ante la Secretaría General Técnica de la Consejería de Desarrollo Educativo y Forma

...

2.1.3. Infancia y adolescencia

2.1.3.1. Introducción

...

Por su parte el [ODS nº 3](#), dedicado a la **salud y bienestar**, apuesta por garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos y en todas las edades. Es justo reconocer que los índices de mortalidad infantil han descendido en los últimos años. No obstante, hemos de poner el foco de atención en la obesidad. Se trata de una enfermedad que tradicionalmente no ha recibido una priorización por los poderes públicos acorde con su prevalencia e impacto, lo que ha llevado a que aumente más rápidamente en las economías emergentes. Además, la obesidad es una puerta de entrada a muchas otras enfermedades no transmisibles y a enfermedades relacionadas con la salud mental.

Pues bien, Andalucía se encuentra por encima de la media nacional, con 12,5 puntos frente a los 10,3, en el número de niños y niñas que padecen esta patología, según consta en el último informe disponible sobre este dato por el Ministerio de Sanidad.

...

La desigualdad por razón de ingresos, sexo, edad, discapacidad, orientación sexual, raza, clase, etnia, religión, así como la desigualdad de oportunidades, sigue persistiendo en todo el mundo. La desigualdad amenaza el desarrollo



social y económico a largo plazo, frena la reducción de la pobreza y destruye el sentido de realización y autoestima de las personas. Consciente de ello, el [ODS nº 10](#) apuesta por reducir la desigualdad en y entre los países. En el caso de España, diversos estudios no dudan en señalar que los niños y niñas que viven en hogares más ricos tienen casi siete veces más recursos económicos que los niños y niñas en hogares más pobres, circunstancia que de manera indudable influye en cuanto a las diferencias de las condiciones de vida y oportunidades entre unos y otros.

...

Acorde con estos postulados, hemos de congratularnos de la aprobación por el Gobierno andaluz, en octubre de 2024, del III Plan de Infancia de Andalucía 2024-2027, entre cuyas prioridades se encuentra el impulso de la concienciación social y política para poner en el centro de atención de las políticas públicas a la infancia y la adolescencia, que avancen en la coordinación y la transversalidad en la atención a la infancia y adolescencia entre las distintas áreas (servicios sociales, salud, empleo, vivienda, educación, cultura, medio ambiente, justicia, fuerzas y cuerpos de seguridad, etc.).

Asimismo, el citado instrumento de planificación aboga, entre otras prioridades, por luchar contra la pobreza y la exclusión social de la infancia; la promoción de un sistema educativo adaptado a las necesidades y expectativas actuales de niños, niñas y adolescentes, de las familias y del profesorado, que atienda de manera diversa al alumnado y que disminuya el fracaso y el abandono escolar, así como las desigualdades; la mejora de la atención a la salud infantil y adolescente, especialmente relacionados con la salud mental, el bienestar emocional, los hábitos de vida saludables, la socialización, la autoestima, las competencias sociales y emocionales, el aislamiento social, las adicciones y el uso de las tecnologías; la protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia; y, también, el incremento de la participación social y de los espacios de ocio para el tiempo libre infantil y adolescente, así como espacios de ocio alternativos.

...

2.1.3.2.5.2. Acogimiento familiar

...

Por otro lado, respecto de la atención a los problemas de salud que presentaban los menores resaltamos lo establecido en el artículo 49 de la señalada Ley que obliga a las administraciones públicas de Andalucía a garantizar el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes, precisando que la atención sanitaria para aquellos que se encuentren en la Comunidad Autónoma de Andalucía será integral y adaptada a sus necesidades y circunstancias específicas, teniendo garantizado el acceso a las especialidades y recursos del propio Sistema sanitario público andaluz.

Sobre este punto resaltamos la aparente inacción de la unidad tutelar o profesionales de referencia para el ejercicio de la tutela de los hermanos y también del personal responsable del centro de protección en que se encontraban dos de ellos ante los problemas de salud que presentaban. Recordemos que el artículo 129 de la Ley de referencia establece que los niños, niñas y adolescentes con medida de protección tendrán prioridad en la realización de analíticas, estudios y pruebas facultativas establecidas en los protocolos sociales y sanitarios para no retrasar la integración en la familia de acogida o centro de protección de menores. Y también que dichos menores tutelados tienen derecho a la gratuidad de los recursos y prestaciones del sistema sanitario, así como los tratamientos farmacológicos necesarios para el restablecimiento de la salud.

En cuanto a la escasa información que se proporcionó a la familia guardadora respecto de los menores remarcamos que los artículos 49.8 y 129.5 de la Ley andaluza ya referida reconocen el derecho de las personas guardadoras o acogedoras a ser informadas de todo lo que suponga la atención sanitaria que necesita la niña, niño o adolescente, así como del nivel de gravedad de sus problemas de salud, debiendo facilitar la información sanitaria que tuvieran disponible, siendo así que, además, el Estatuto andaluz de las personas acogedoras, guardadoras con fines de adopción y adoptivas establece el derecho de las personas acogedoras y guardadoras a que por escrito y en acto presencial, se les haga entrega de toda la información de la que disponga el Ente público sobre las personas menores propuestas para dicha medida de acogimiento. Precisa dicho Estatuto que, igualmente, la Entidad Pública entregará a las personas acogedoras o guardadoras la documentación identificativa, sanitaria y educativa del menor o la menor de la que disponga en el momento de la formalización del acogimiento, e irá remitiendo a la familia toda aquella que vaya obteniendo a lo largo del mismo.

...



2.1.3.2.6. Responsabilidad penal de menores de edad infractores

Finalmente, ya reseñamos en el ejercicio anterior las quejas de oficio acometidas para desplegar el control y el seguimiento de varios temas que se estudiaron con motivo del Informe Especial realizado en 2014 titulado «La atención a menores infractores en los centros de internamiento de Andalucía». Podemos ahora completar el relato de sus dilatados trámites concluido en el presente año.

En concreto la actuación de oficio iniciada pudimos concluirla haciendo una valoración global de la tramitación y de las respuestas recibidas desde la Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública y la Consejería de Salud y Consumo para la **atención sanitaria de los menores infractores**.

En este ámbito, podemos asegurar la implicación del Sistema andaluz de justicia juvenil y del Sistema sanitario en la puesta a disposición del colectivo de menores infractores de una amplia y comprometida atención a sus específicas necesidades de asistencia de salud mental. A la espera de recibir este resultado final de los trabajos para el “Protocolo” que se acometerá, debemos considerar que las medidas propuestas en la resolución se encuentran en vías de solución y la atención recibida por esta Defensoría puede ser calificada como de aceptación (queja 23/5510).

2.1.4. Vulnerabilidad económica y social

2.1.4.2.1.4.1. Barriadas de promoción pública

En los últimos días de 2024, la asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía presentaba el informe titulado “Pobreza Sur 2024. Barrios olvidados”. Una radiografía de la situación en la que se encuentran los barrios más pobres de Andalucía, situados en las capitales de provincia, especialmente en Málaga, Córdoba y Sevilla. Una situación coincidente con la tasa AROPE en Andalucía, que es la más alta de España.

Este informe pretende “*visibilizar la realidad de unos barrios olvidados, ignorados, vulnerables que generan para sus habitantes una ciudadanía de menor categoría que quienes residen en otras ubicaciones*”. Se trata de una pobreza territorializada y cronificada, en la que van pasando generaciones con similares indicadores de vulnerabilidad.

Una trama urbana donde se ubican viviendas antiguas, con una deficiente calidad constructiva, mal conservadas, donde viven personas con rentas muy precarias, en muchos de los casos en condiciones de hacinamiento, enfrentándose cada día a temperaturas adversas provocadas por los continuos cortes de luz.

Familias que sufren en muchos de sus miembros unas tasas de desempleo muy altas, afectando a jóvenes que parecen no tener esperanza en que su situación mejore, movidos solo por expectativas laborales cuando parece repuntar las burbujas de la construcción.

Carecen de unos servicios públicos de calidad, un transporte público accesible desde los distintos puntos del barrio, que dificultan las expectativas laborales de muchas personas, especialmente de las mujeres.

Recoge el informe que el nivel educativo es alarmante, existiendo en pleno siglo XXI un porcentaje de personas considerable que no cuenta con el graduado escolar. Y no es menos importante la salud de sus habitantes, reseñando los problemas de salud mental asociadas a muchas de estas condiciones de vida.



En estos últimos años la convivencia es uno de los problemas que más ponen de manifiesto las asociaciones de vecinos/as, llegando a “niveles alarmantes, con entornos sucios, inseguros y donde existe una cultura de nulo respeto a las normas básicas sobre ruidos, basuras, circulación o los usos del espacio público”.

Una realidad que requiere políticas públicas diferenciadas y adaptadas a las características de cada ámbito, dado que las existentes se han revelado ineficaces para sacar del estado en el que se encuentran muchos de estos territorios.

El informe es una radiografía de los problemas de cada barrio, realizada a través de la memoria de unas personas comprometidas con el Polígono del Valle en Jaén, Palma- Palmilla y Asperones en Málaga, Los Almendros en Almería, o los diferentes barrios de Córdoba y Cádiz. Cada uno con sus características y sus elementos comunes, compartiendo una misma línea de reflexión, el abandono que sienten de la administración y el estigma de barrio que impregna la vida diaria de sus residentes.

Desde esta Defensoría, traemos a colación algunos de los **problemas que hemos conocido a través de las quejas recibidas**.

Así destacamos la reunión mantenida en esta Defensoría con vecinos/as del Polígono Sur de Sevilla, en la que solicitaban la intervención de esta Institución para acabar con los permanentes **cortes de luz** que acarrear graves problemas a la población en general y en especial a personas mayores, electrodependientes y familias que veían cómo solo podían disfrutar de unas pocas horas de luz al día.

Un problema que como hemos visto no se presenta en solitario, provocando un abandono del barrio de quien puede permitírselo, dado que con la venta de un piso en el barrio, no se puede adquirir otro donde la vida diaria sea más fácil.

Por otro lado, en la queja 24/2323, un vecino colindante en el barrio de Las Palmeras de Córdoba nos trasladaba los perjuicios que tenían quienes residían en edificios colindantes a las viviendas sociales, motivado por la **mala utilización del espacio público** de quienes residían en viviendas y locales comerciales de AVRA. Un problema que, no había podido ser solucionado tras intervenciones de la policía local, señalando a la Agencia como responsable por el estado de ocupación de los locales comerciales que se destinaban a viviendas de familias que no respetaban el descanso ni la convivencia en el entorno.

Y en barrios como El Puche en Almería, ya nos pusieron en conocimiento las asociaciones de vecinos a final de 2023 el **deterioro urbano** que tiene el barrio, sin nuevas intervenciones que sustituyan las infraviviendas del denominado Puche centro, con unas viviendas y espacios comunes muy deteriorados en el Puche Sur, que al ser de propiedad de las familias no se sienten con capacidad para autoorganizarse y concurrir a las convocatorias de rehabilitación y unos espacios públicos muy degradados.

Una realidad que parece no solucionarse a pesar de la implementación de actuaciones contempladas en los Planes Locales de intervención en el contexto de la “Estrategia Regional Andaluza para la cohesión e inclusión social. Intervención en zonas desfavorecidas” (Eracis, en adelante) que tiene como objetivo actuar “sobre las zonas de los pueblos y ciudades donde se registran situaciones graves de exclusión social y/o donde existen factores de riesgo (...) a fin de transformar la visión que se tiene sobre estas zonas y viceversa, de forma que se promueva la eliminación de la territorialidad como un factor de exclusión”.

Conscientes de la importancia de cada ayuntamiento en la consecución de estos objetivos, se prevé que sean los Planes de Intervención Local los que, tras un estudio pormenorizado sobre las causas de exclusión de cada territorio, propongan áreas de intervención que, con un enfoque comunitario, **sitúan la gobernanza en las entidades locales** (Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales) **como vertebradoras del desarrollo comunitario**.

Tras años de trabajo, la ERASCIS PLUS, es una nueva oportunidad que ofrece dar continuidad a las intervenciones públicas hasta 2028, aportando nuevos recursos y métodos de trabajo, al mismo tiempo que se ha de corregir los obstáculos que impidieron transformaciones reales.

Conscientes en esta Defensoría de la importancia de la empleabilidad para las personas que residen en estos barrios, no hemos de olvidar que es un eje vertebrador de estas mejoras apostar por actuaciones de carácter urbano que incidan en la mejora de las condiciones de habitabilidad, tanto en el espacio privado de las viviendas como en los elementos comunes de los edificios y el espacio público.



Unas actuaciones que se han de integrar como objetivo prioritario en las medidas del Plan Local de intervención de cada ayuntamiento, y que han de ser coordinadas en los órganos de gobernanza del mismo.

A este respecto, se contempla en el **Plan Vive en Andalucía de vivienda**, rehabilitación y regeneración urbana de Andalucía 2020-2030, ([Decreto 91/2020, de 30 de junio](#)), la atención que merecen las zonas más desfavorecidas de Andalucía, definidas en la “Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social” (ERACIS). Ámbitos en los que se concentran situaciones de exclusión social, “*que dificultan gravemente el acceso a los derechos del estado del bienestar*”.

Por tanto consideramos que siendo **los Planes Locales una buena práctica de intervenciones públicas**, dado que prioriza el trabajo conjunto de los profesionales de las distintas administraciones públicas y entidades, para la consecución de los objetivos perseguidos, **es necesario poner el acento en la incorporación en los órganos de gobernanza de estos Planes, a aquellas Administraciones locales o autonómicas con competencias en materia de urbanismo, obras públicas y vivienda, que propicien este cambio, así como de la ciudadanía como protagonista**.

2.1.4.2.1.4.2. Sinhogarismo y exclusión residencial, dos conceptos complementarios sobre la realidad de las personas sin hogar

Con posterioridad se registró la queja 24/0915, en la que nos ponían en conocimiento que en los últimos meses habían fallecido 3 personas en la calle por falta de recursos, y entendiéndose que siendo la atención a las personas en situación de calle una cuestión de “derechos, de igualdad y de justicia, en Granada” se solicitaba la colaboración del Hospital Virgen de las Nieves para conocer los protocolos de actuación para atender estas situaciones.

Por lo que respecta a los protocolos del centro hospitalario, nos trasladan que tras valorar los casos atendidos de las personas en situación de calle, se coordinan con los centros de referencia en los que se atienden a personas sin hogar. Y que a partir de abril de 2024, de forma conjunta con el equipo de trabajo social del Hospital, se dio a “*conocer al personal de urgencias los recursos disponibles, no solo del hospital, sino del ayuntamiento (Coaspsh), Consejería y otras organizaciones sin ánimo de lucro*”. Una guía de recursos que se encuentra disponible para consulta de todos los profesionales de la Unidad y en los puntos de admisión de Urgencias.

2.1.4.2.3.1.2. Situaciones de discriminación hacia la población migrante

Es también el caso de la queja 24/7937, en la que nos exponen cómo se le niega a una joven migrante el derecho a someterse a una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), pese a que informó a los responsables de la entidad en la que estaba acogida de que continuar con su gestación le supondría tener que contraer matrimonio con su pareja de quién no recibía un buen trato y que no se encontraba preparada para la maternidad.

Una situación que fue el origen de su expulsión del programa, sin un acompañamiento de un asesoramiento u orientación, lo que le dificultaba la finalización de la formación académica de la que participaba.

Un caso, que pone de manifiesto la necesidad de que las administraciones responsables de la ejecución de fondos públicos, ejerzan un control sobre la implementación de programas dirigidos a la población migrante, conforme a los valores de nuestro ordenamiento jurídico, sin tener en cuenta sesgos religiosos.



2.1.4.2.3.2.1. Actuaciones de coordinación entre administraciones para mejorar la salud de las personas privadas de libertad

Transferencia de la sanidad penitenciaria a la administración andaluza. Queja de oficio 24/8504, ante la dualidad de sistema de salud, que aún persiste en 2024, con los consiguientes problemas a la hora de abordar una atención sanitaria que ponga el acento en una historia clínica única, o al menos compartida por ambos profesionales.

Así, tomando como referencia la preguntas parlamentarias de 2021 y el debate sobre el impulso de la transferencia de la sanidad penitenciaria, así como la información aportada en quejas anteriores sobre esta problemática, se ha solicitado información a la Consejería de Salud y Consumo y al Servicio Andaluz de Salud, para conocer el estado de tramitación en el que se encuentra esta transferencia a favor de la comunidad autónoma, o en su caso, la firma de un convenio que dé cobertura a la atención especializada.

Y mientras tanto se materializa, nos hemos interesado por las gestiones realizadas para que en las prisiones se pueda implementar el Diraya, como herramienta que permita a los profesionales de las prisiones conocer la historia clínica de los pacientes antes de su ingreso.

De los informes aportados en esta queja de oficio, desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias nos trasladan que desde 2018 se ha manifestado a la Consejería de Salud su voluntad, tanto para las transferencias como para la elaboración de convenios, así en mayo de 2024 se remitió el borrador del Convenio de Historia Clínica Digital y Telemedicina. Desde la Consejería de Salud y Consumo nos informan de las dificultades para concretar la transferencia de la sanidad penitenciaria.

A este respecto, considera esta Defensoría que, si bien los avances trasladados ponen de manifiesto la voluntad de ambas administraciones por hacer efectivo el derecho a la salud de las personas privadas de libertad, se ha de superar los obstáculos que impiden que la sanidad andaluza asuma las prestaciones sanitarias de estas personas, tras más de dos décadas.

Atención sanitaria especializada. Queja de oficio 24/8888, sobre la atención especializada prestada por el SAS. Tal es el caso del informe de esta Defensoría dedicado a poner en valor “Las Unidades de Custodia Hospitalaria”. Un informe que fue presentado en el Parlamento de Andalucía en sesión de 2 de junio de 2016 y que, tal y como se trasladaba, formaba parte de una reflexión más sobre los problemas que tiene la población reclusa a la hora de demandar su derecho constitucional a la protección de la salud.

Se señalaba en este informe, la necesidad de articular medidas para que la atención de estas personas en los centros hospitalarios se dispense con la mayor de las coberturas, garantizándose al mismo tiempo la seguridad de quienes son trasladados, así como del resto de personal que se encuentran en los hospitales.

También hemos conocido en las reuniones mantenidas con responsables de los establecimientos penitenciarios, diferencias de unas provincias a otras, en cuanto a cómo se presta esta atención especializada y su repercusión en quienes están cumpliendo condena.

Así, además de las derivaciones a los hospitales de referencia, existen centros penitenciarios en Andalucía que tienen acuerdos no formales y espacios de colaboración con los profesionales del SAS, que permiten agilizar las citas de derivación, en otros en los que incluso son los facultativos los que se desplazan a los centros penitenciarios para atender a esta población.

Y, puesto que la atención sanitaria especializada requiere de la concurrencia de las Fuerzas de Seguridad, Policía Nacional y Guardia Civil, para garantizar los traslados a los hospitales de referencia, además de la vigilancia en los propios establecimientos sanitarios, se hace también necesario una coordinación efectiva, que impida la pérdida de citas médicas, evitando dilaciones en las mismas. De lo contrario se perjudican siempre a las personas enfermas que estando internas en Centros Penitenciarios, que no pueden tener iniciativas para gestionar sus problemas de salud.



Consciente de esta problemática en la queja de oficio 24/8888 dirigida al Servicio Andaluz de Salud, nos interesábamos por la gestión de las Unidades de Custodia Hospitalaria así como por aquellas iniciativas referidas a mejorar los espacios de atención médica en los centros hospitalarios que garanticen los derechos de las personas privadas de libertad como son el derecho a la intimidad y la privacidad de su condición de penados.

La Administración autonómica nos traslada que se continúa trabajando en los acuerdos/protocolos de coordinación existentes, fortaleciendo los espacios de coordinación entre los centros penitenciarios y los hospitales de referencia, con el fin de optimizar los procesos de traslado y garantizar la continuidad asistencial, estando pendiente de iniciar gestiones conjuntas para los Convenios de Unidades de Custodia Hospitalaria.

2.1.4.2.3.2.2. Abordaje de la drogadicción en prisión. Queja de oficio 24/7529

En el estudio elaborado por la Red de Atención a las Adicciones (UNAD), Situación de las personas con adicciones en las prisiones españolas. Una visión con perspectiva de género *se recoge que “Los delitos por los que están cumpliendo pena de prisión las personas privadas de libertad con problemas de adicciones a las drogas y/o al juego patológico son, principalmente, delitos contra el patrimonio (siendo en un 47% el primer delito por el que están cumpliendo condena), tanto hombres como mujeres. El segundo delito por el que cumple la condena, así como el tercero, también es mayoritariamente el delito contra el patrimonio. La siguiente tipología delictiva por la que están en prisión las personas con problemas de adicciones es el delito contra la salud pública, tanto para quienes mencionan tener un solo delito como para quienes mencionan tener un segundo delito y un tercero”.*

Siendo consciente la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) de que **la drogodependencia es uno de los factores desestabilizadores más importantes de las personas**, en la Circular 3/2011 se abordan los programas con drogodependientes, desde la perspectiva de la prevención, la asistencia y la reincorporación social, estableciéndose que para el desarrollo de los mismos se contará con la participación tanto de las distintas áreas penitenciarias, como de las instituciones dependientes de la Administración Central, Autonómica y Local, así como de las Organizaciones no Gubernamentales.

Es por tanto de **especial relevancia el abordaje integral de la drogadicción y sus consecuencias en prisión, ya que, de otro modo, no será posible la reinserción real de la población reclusa.**

Una colaboración que se consideraba necesaria para que el promotor de la queja 21/0953, interno en el centro penitenciario de Huelva, pudiera continuar con su tratamiento. Nos trasladaba que tras muchos años en el módulo terapéutico educativo y estar muy orgulloso de los avances que se habían realizado en las personas, se quejaba de que *“todo el esfuerzo que conlleva sacar adelante este módulo no sirve de nada si no tenemos un apoyo por parte de las instituciones del exterior y más concretamente la del CPD de Huelva, que no sé el motivo, pero no vienen desde hace mucho tiempo y cuando se pregunta cuándo vendrán la respuesta es la misma, no se sabe”.*

En este expediente de queja nos trasladaba la SGIP que estos tratamientos serán realizados *“por el Equipo Sanitario del centro penitenciario, con la colaboración de la atención especializada y hospitalaria cuando los casos lo precisen. ...”* y por la Junta de Andalucía, a través de las *“colaboraciones extrapenitenciarias”.*

Nos informaban también, de que el 14 de Julio de 2005 se suscribió 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 objetivo 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), competencia de Instituciones Penitenciarias, con 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 para la creación y funcionamiento en cada provincia de los llamados Equipos de Apoyo a Instituciones Penitenciarias (EAIP). De esta manera **se ha dotado de EAIP a la mayor parte de las prisiones ubicadas en la Comunidad Autónoma Andaluza.**

Unos equipos, que según la propia administración, *“realizan una importante labor en el tratamiento de las personas internas en prisión, ejerciendo de nexo entre los recursos de la Red Pública de Atención a las Adicciones (RPAA) y la*



institución penitenciaria. Esta función cobra especial relevancia en los momentos de derivación de los internos a Comunidades Terapéuticas de la RPAA y en la etapa de excarcelación, promoviendo la continuidad del tratamiento de estas personas. También proporcionan apoyo psicosocial a las personas en tratamiento con metadona, en tanto que la prescripción y dispensación de este fármaco, así como el seguimiento de las pautas de dosificación corresponde a los equipos sanitarios”

Unas intervenciones que se encontraban sin cobertura, dado que no se había suscrito el nuevo convenio entre la Junta de Andalucía y el Ministerio del Interior que permita el análisis pormenorizado de las necesidades de apoyo en los centros penitenciarios de Andalucía y el estudio del posible redimensionamiento y redistribución de las EMP.

Siendo muy numerosas las quejas recibidas en las que nos trasladan esta problemática, y una vez recabado información al respecto en las distintas reuniones mantenidas en cada una de las provincias antes mencionadas, se ha dirigido queja de oficio 24/7529 a la Consejería de Salud y Consumo, y a las Diputaciones Provinciales de para conocer el abordaje integral de la drogadicción en prisión a través de los Equipos de Apoyo a Instituciones Penitenciarias que presta las Diputaciones Provinciales al amparo de los recursos de la Red Pública de Atención a las Adicciones (RPAA).

Al mismo tiempo se ha recabado la colaboración de la SGIP para que nos informara de los recursos disponibles para abordar esta realidad, así como las gestiones realizadas para incentivar la colaboración con el resto de administraciones en función de las competencias de cada una de ellas.

Entre la información aportada en este expediente de queja, se pone de relevancia la firma del Convenio de colaboración entre la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y la Consejería de Salud y Consumo, que dibuja un escenario de coparticipación, en el que ambas administraciones ostentan responsabilidades en el abordaje de la drogadicción y sus consecuencias entre la población reclusa.

Si bien, la SGIP nos traslada que en los últimos años se ha observado un decaimiento de la asistencia en los centros de los equipos EMP, pese a que durante la elaboración del Convenio se puso de manifiesto la buena valoración de este servicio y la necesidad de mantener e intensificar su intervención con la población privada de libertad.

2.1.4.2.3.2.3. Valoración de la discapacidad de las personas privadas de libertad. Queja de oficio 24/8887

...

Y dado que los informes médicos son relevantes para los equipos de valoración de cada provincia, la figura del/la trabajador/a social de las prisiones adquiere una especial relevancia, dado que al coexistir dos historias clínicas, la del SAS y la de Instituciones Penitenciarias, se tendrá que remover los obstáculos y solicitar la autorización de la personas interna, para aportar a los centros de valoración la documentación médica que acredite la situación de discapacidad o el agravamiento, informes que se encuentran alojados en ambos sistemas de salud y a los que la persona interna no tiene acceso.

...

2.1.4.2.4. Vulnerabilidad por razón de género

...

Son también muy frecuentes las quejas que ponen de manifiesto la **incidencia del género en la atención sanitaria**. Destacamos aquellas que, estando referidas a reconstrucciones del suelo pélvico (24/1027), exponen que le habían informado de que esta intervención no estaba incluida en la cartera de servicios del SAS, e incide en que necesita esta prestación sanitaria dado que *“no pueden dejarme indefinidamente con esta condición de vida indignante, traumática y antihigiénica”*.

...



2.2.3. Empleo público

2.2.3.2.3. Personas empleadas del ámbito sanitario

En el ámbito sanitario, durante el año 2024, el personal estatutario adscrito al Servicio Andaluz de Salud, ha formulado sus quejas en torno a diversas cuestiones de interés, siendo las más numerosas las que se dirigen a problemáticas vinculadas a las bolsas de empleo.

Así, en el año 2023, esta Institución inició la tramitación de una queja a instancia de parte, la queja 23/5646, en la que se acumularon un total de 65 quejas presentadas por diferentes personas en torno al mismo asunto: la falta de actualización en el año 2023 de la bolsa de empleo del Servicio Andaluz de Salud de diversas categorías, referida aún al corte de octubre de 2021.

Solicitado informe a la Dirección General de Personal del SAS nos respondía disculpando su actuación de acuerdo a lo siguiente:

“El retraso sufrido se ha fundamentado en el elevado volumen de candidatos total inscritos hasta la fecha, más 500.000 solicitudes registradas, y la resolución de la Oferta Pública de Empleo (OPE) de 2021, concursos de traslados y la OPE extraordinaria de 2022, que también conlleva publicación de listados y la baremación de los candidatos, todo en fechas próximas y todas soportadas en la misma aplicación (VEC), siendo un total de 97 categorías o áreas específicas de personal estatutario las que se rigen por el sistema de bolsa única de empleo.”

Y al respecto, nos indicaba su total implicación en llevar a cabo un trabajo intenso y continuo con el objetivo de publicar los listados definitivos a la mayor brevedad posible, así como que, en relación a los cortes correspondientes de 2022 y 2023, periodos de baremación cuya gestión unifica, preveía tenerlos actualizados durante el mes de marzo de 2024.

Tras cerrar en vías de solución, posteriormente a finales del mes de abril de este año 2024 esta Institución recibió una avalancha de quejas ante el incumplimiento del compromiso por parte del SAS de publicar durante el mes de marzo los listados de los cortes de la bolsa de 2022 y 2023 (se inicia con la queja 24/2936, a la que se acumulan 214 hasta la actualidad).

Ante esta situación, se consideró necesario instar a la referida Dirección General a celebrar una reunión para tratar este y otros temas en los que de forma recurrente se estaban centrando las quejas que recibimos; este encuentro se produjo en el mes de julio.

En lo que se refiere a la problemática relativa a la actualización de las bolsas de empleo del SAS, en la referida reunión se nos explicó el procedimiento que siguen, así como que en dicho momento se encontraban en un proceso de transición de un aplicativo informático a otro lo cual dificulta la situación, teniendo en cuenta el número ingente de inscripciones a tratar en todas las categorías profesionales, pero que esperan que se inicie una nueva etapa que permita al colectivo de personas que se integren en la bolsa la inscripción y actualización de los datos de manera ágil. Finalmente, se nos trasladó el compromiso de informar regularmente al Defensor del Pueblo Andaluz sobre este asunto.

Esta Defensoría, en base a la información actualizada que nos facilita el SAS, sigue atendiendo e informando, a su vez, en las nuevas quejas que se reciben. Hasta el momento de cierre de este informe anual, la información última que nos ha trasladado la administración es que en breve se iniciará la publicación de los listados definitivos y que a partir de enero de 2025, se realizará una previsión mensual de publicaciones definitivas.

Otro asunto que se nos planteó de forma masiva durante el verano de 2024, fue el referido a la problemática de **la nota de corte en las actualizaciones de puntuación de las bolsas del SAS** en el corte correspondiente a 2022-2023. Solicitamos informe al respecto a la administración que nos explicó que la sistemática de puntuación tiene en cuenta la oferta de trabajo previsible, sin perjuicio de mantenerse a aquellas personas con puntuación inferior como integrantes de la bolsa, en las denominadas “listas adicionales”.

En la reunión mantenida en julio con la Dirección General de Personal, se nos aclaró que en estas listas adicionales, las personas de la bolsa que estaban por debajo de la nota estimada de corte, quedaban ordenadas por la puntuación



resultante de la baremación de los méritos que son automáticos, de los que dispone la administración en sus bases informáticas: experiencia en el SAS direccionalidad técnica de la comisión y resultados de la Oferta de Empleo Público aprobadas.

La información recibida de la administración determinó que esta Institución considerara el asunto en vías de solución.

En relación también con las bolsas de empleo del SAS, nos llegan todos los años un número elevado de quejas que denuncian la **falta de resolución expresa** a los recursos presentados, que suelen versar sobre disconformidad con la baremación de sus méritos. Sin duda es un tema de máxima importancia que debería ser atendido con agilidad por la administración, pues significa estar mejor o peor situados para los llamamientos de los contratos. A pesar de nuestra intervención, que finaliza con Resolución de recordatorio de deberes legales y recomendación de actuación para atender de manera inmediata la respuesta correspondiente, lo cierto es que la administración nos responde que es su intención resolver, pero que el volumen de recursos existente les impide hacerlo en un plazo breve. De nuevo, la insuficiencia de recursos humanos en determinados departamentos de la administración impide el cumplimiento del mandato legal recogido en el artículo 21.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas que dispone que la «..Administración está obligada a dictar resolución expresa y a notificarla en todos los procedimientos cualquiera que sea su forma de iniciación».

En cuanto a la baremación de los méritos alegados por el personal sanitario en los concursos de traslado, en la queja Q24/0815 se nos denunciaba que cientos de empleados se sentían discriminados porque no se les estaba considerando el **trabajo desarrollado en hospitales públicos de otros países de la Unión Europea**.

Al respecto, constatamos que no se estaba produciendo tal irregularidad, tal y como se derivaba del informe de la Dirección General de Personal del SAS en el que se nos indicaba que el baremo de méritos contenido en las respectivas convocatorias recoge lo siguiente:

“1.1. Por cada mes de antigüedad con plaza como personal estatutario en la categoría/especialidad a la que se concursa, en centros sanitarios públicos de países miembros de la Unión Europea: 0,10 puntos. (...)”

2.1. Por cada mes de servicios prestados en la categoría/especialidad a la que se concursa en centros sanitarios públicos del Sistema Nacional de Salud, del Sistema Sanitario Público de Andalucía o de cualquier centro sanitario público de los países miembros de la Unión Europea, gestionados por administración pública sanitaria, agencia administrativa, agencia pública empresarial o cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitida en derecho: 0,30 puntos.”

Además, añadía el SAS en su informe:

“En dichos procesos de movilidad se valoran la experiencia profesional en la categoría/especialidad a la que se concursa en centros de la Unión Europea, y valoran la antigüedad y la experiencia no solo como personal estatutario fijo, sino mediante vínculo con carácter temporal, de acuerdo con la Directiva 99/70 como ha interpretado consolidada jurisprudencia del TS y del TJUE. El baremo de la convocatoria no alega a la condición de personal fijo para que deba ser valorado, sino a la valoración de la antigüedad por la condición de estar vinculado al sistema nacional de salud.

Añadir que el Baremo de méritos fue negociado en Mesa Sectorial de Sanidad en cumplimiento del art 4 “Principios y criterios de ordenación del régimen estatutario” de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (...)”.

De acuerdo con los datos analizados, procedimos al cierre de esta actuación al observar que la actuación administrativa era acorde con la normativa vigente.

Otro de los temas que ha provocado la recepción de un gran número de quejas en esta Institución ha sido el de **la Carrera Profesional del personal sanitario**.

En este y en años anteriores, hemos venido recibiendo quejas sobre la disconformidad de numerosas personas con el proceso para la concesión de la Carrera Profesional, asunto que permanecía en “compás de espera” durante varios años, instando las personas que se han dirigido a esta Institución la renegociación del modelo.



En este año 2024, consideramos el asunto en vías de solución en tanto que la Dirección de Personal del SAS nos informaba, en el mes de mayo, que estaba *“trabajando en un cambio del modelo de carrera profesional que, sin abandonar la apuesta por la acreditación de los avances de los profesionales sanitarios que ha venido caracterizando al Servicio Andaluz de Salud, también introduzca elementos comunes con otros modelos de carrera profesional basados en el reconocimiento de la experiencia profesional y de los servicios prestados”*.

Este asunto también lo llevamos para ser tratado en la reunión celebrada en el mes de julio con el SAS y quedó incorporado para que se nos mantuviera al tanto de los progresos que se alcanzaran.

En el último informe de la administración, recibido en diciembre de 2024, se nos da cuenta de la evolución de los hechos acaecidos en torno a este asunto. Así, partiendo del Acuerdo de 18 de abril de 2022, suscrito entre el SAS y las organizaciones sindicales integrantes de la Mesa Sectorial de Negociación de la Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía, ratificado por el Consejo de Gobierno el 19 de abril de 2022, nos informa la referida Dirección General lo siguiente:

“se convoca con carácter abierto y permanente el proceso de acceso al modelo de Carrera Profesional del SAS, así como la promoción y mantenimiento de los niveles de Carrera Profesional reconocidos para el personal Sanitario y de Gestión y Servicios, mediante Resolución de 23 de mayo de 2022, de la Dirección General de Personal del Servicio Andaluz de Salud, (...) El primer proceso permanente de Carrera Profesional fue el 2º 2022 en el que participaron más de 6500 profesionales de todas las categorías profesionales (sanitarios, gestión y servicios, cuerpos de instituciones sanitarias de la Seguridad Social) y fueron certificados más de 2000.

Incardinados dentro del proceso permanente 2º 2022 pero con periodos de solicitudes diferentes atendiendo a cuestiones de oportunidad dado el gran volumen de participación se llevó a cabo el denominado “Proceso de Apertura”, en el que siguiendo lo dispuesto en el periodo transitorio anteriormente mencionado, se certificaron más de 46.000 profesionales (...)

Todo esto se llevó a acabo a través de la Resolución de 23 de mayo de 2022, de la Dirección General de Personal del Servicio Andaluz de Salud, (...).

Una vez resuelto este proceso masivo, se pusieron de manifiesto situaciones de desigualdad o agravio comparativo en relación a profesionales que en función de su situación de partida, categoría y relación laboral no pudieron obtener su certificación aunque su desempeño y evolución profesional era idéntico o muy similar, a los profesionales que sí se certificaron, por lo que para paliar dichas situaciones se publicó Resolución de 21 de julio de 2023, de la Dirección General de Personal del Servicio Andaluz de Salud, de apertura de plazos para la certificación, por vía excepcional para personal que se encuentre en el supuesto del apartado 4.1.b) del Anexo II del Acuerdo de 18 de abril de 2022; (...)

Esta resolución dio lugar a la apertura de cuatro convocatorias (...). Estos procesos han dado lugar a más de 9400 solicitudes que están siendo tramitadas en la actualidad, que va a permitir certificarse a un gran número de profesionales.

Independientemente de la convocatoria de estos procesos excepcionales los procesos permanentes se encuentran permanentemente abiertos con dos cortes semestrales al año el primero comprendido entre el 1 de noviembre y el 30 de abril y el segundo del 1 de mayo al 30 de octubre. Actualmente se encuentra abierto el proceso permanente 1º 2025. En todos ellos pueden presentar solicitud personal Licenciado y Diplomado Sanitario para acceder a niveles 1 a 5 y el resto de personal para acceso a niveles 1 y 2 hasta que sean aprobados sus respectivos mapas competenciales.

Por otro lado también se ha procedido a la regularización del proceso de homologación mediante Resolución de 7 de febrero del 2024, de la Dirección General de Personal del Servicio Andaluz de Salud, por la que se regula el procedimiento de homologación de los niveles de Carrera/Desarrollo Profesional acreditados por profesionales del Servicio Andaluz de Salud procedentes de otros Servicios de Salud u otras Agencias Administrativas, que ha permitido la regularización de más de 1000 solicitudes desde mayo de 2022 a julio de 2024, estando prevista la publicación de la resolución de las solicitudes del periodo comprendido entre agosto y diciembre de 2024.

Por último también indicar la figura del denominado “abono de 18 meses” que permite seguir percibiendo el abono del nivel de carrera profesional a aquellas personas que lo tenían reconocido en la categoría de origen y han tomado posesión como personal estatutario fijo en diferente categoría al haber participado en procesos



selectivos. Todas los profesionales que opten por tomar posesión en la nueva plaza, podrán solicitar el mantenimiento en el cobro del complemento de carrera que tuvieran reconocido en la anterior categoría y/o especialidad. Dicho cobro tendrá una duración máxima de 18 meses desde su reconocimiento”.

En el marco de esta dación de cuentas, también referiremos a modo de ejemplo, entre todas las recibidas, la queja 24/4087 en la que se cuestionaba la **ratio de las matronas de atención primaria**. Las personas promotoras de la queja nos decían lo siguiente:

“(…) En el mes de junio está previsto comience en Andalucía el Cribado Poblacional de Prevención de Cáncer Uterino y pretende hacerlo sin disponer de al menos una matrona por centro de salud. Las matronas somos las profesionales competentes para asumir la prevención del cáncer ginecológico, véase marco competencial y programa formativo relacionado con la Salud Sexual.

La realización de este tipo de Cribado requiere de una exploración que va más allá de la técnica, requiere de competencia para valorar e intervenir sobre aspectos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva de la mujer como la educación sexual, la planificación familiar, las enfermedades de transmisión sexual, lesiones del suelo pélvico y atención al climaterio.

Las matronas llevamos décadas reivindicando adaptar las Ratios de Matronas en Atención Primaria a las necesidades de salud de las Mujeres que van más allá de la atención al Embarazo, estas vergonzosas ratios nos impiden desempeñar todas nuestras competencias y que las mujeres se puedan beneficiar de unos cuidados integrales y equitativos.

Pero el Servicio Andaluz de Salud pretende comenzar el Cribado sin tener siquiera una matrona en cada centro de salud (una sola matrona por centro sería suficiente para abordar el Cribado pero en la actualidad la mayoría de las matronas llevan más de un centro (...))

Como Enfermera especialista en obstetricia y ginecología (Matrona) insto a que se Intervenga en la defensa de los derechos de las profesionales de la matronería y por extensión en la defensa de los derechos de salud de las mujeres. Un colectivo tan feminizado como es el nuestro debe implicarse doblemente, en pro de reivindicar unas ratios que permitan a las matronas desarrollar sus competencias y que no estén calculadas en base al número de nacimientos sino a las necesidades de salud sexuales y reproductivas de las mujeres en edades comprendidas entre 14-65 años.(...)”

Admitida a trámite, fueron solicitados los informes correspondientes y, finalmente, a la luz de la información recibida consideramos que el asunto se encuentra en vías de solución. Sin perjuicio de ello, hemos solicitado al SAS que se nos mantenga informado sobre los avances en este asunto; le hemos trasladado nuestra preocupación referida a que el servicio esté atendido lo mejor posible y cuente con las mejores personas profesionales; y le hemos sugerido que se examine este servicio de salud de forma continuada para garantizar la calidad del mismo.

2.2.6. Servicios de Interés General y Consumo

2.2.6.1. Introducción

Como novedad regulatoria relativa al descuento del bono social eléctrico señalar aquí también que el año pasado se incorporó una **medida en favor de las personas electrodependientes**, de modo que esta circunstancia permite incrementar los límites de renta que se establecen para tener derecho al mismo¹.

¹ Disposición final tercera de la Ley 3/2024, de 30 de octubre, para mejorar la calidad de vida de personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica y otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible, por la que se modifica el artículo 3 del Real Decreto 897/2017, de 6 de octubre, por



No obstante se deja a posterior desarrollo reglamentario, por parte del Ministerio de Sanidad, la definición de las condiciones de acceso, el procedimiento y certificación de la situación de electrodependencia, así como el catálogo de enfermedades que determinan la electrodependencia.

Nos parece insuficiente esta regulación, ya que no ha incorporado a las personas electrodependientes como colectivo específico que tiene derecho al bono social. Esta medida les permitiría compensar, en cualquier caso, el excesivo gasto de energía eléctrica que supone la dependencia de determinadas máquinas para su cuidado en el ámbito domiciliario.

...

2.2.6.2.1.1. Energía

...

En relación con la situación de las **personas electrodependientes** -que fue objeto de un apartado específico el año pasado-, decíamos que valorábamos positivamente la propuesta del Defensor del Pueblo de España, que recogía en gran medida las conclusiones de nuestra jornada, y esperábamos que fuese acogida por la administración estatal.

Las personas electrodependientes necesitan que se les garantice el suministro eléctrico y se les avise de posibles cortes, además de acceder a bonificaciones en la tarifa eléctrica

El Defensor nos informó en agosto de 2024 de que la Secretaría de Estado de Energía había rechazado su propuesta para impulsar una reforma normativa enfocada a definir, protocolizar y atender las necesidades de los pacientes electrodependientes, añadiendo que continuaba sus actuaciones al considerar insuficiente la justificación del rechazo en el hecho de que la normativa sectorial no considerase la electrodependencia como sinónimo de vulnerabilidad.

Posteriormente, en sede parlamentaria se producía un importante avance normativo² al ordenarse al Gobierno que realice, en coordinación con las comunidades autónomas, un estudio sobre la conveniencia y oportunidad de aprobar **posibles ayudas para las personas en situación de electrodependencia**. «tales como la garantía de que no se les pueda suspender el suministro eléctrico; el establecimiento de la obligación de que las compañías eléctricas notifiquen, con la mayor antelación posible, aquellos cortes programados e inevitables en el suministro; el acceso a mayores bonificaciones en la tarifa eléctrica; o la puesta a disposición de dispositivos que garanticen el suministro en casos de cortes programados e inevitables o coyunturas imprevistas, como equipos electrógenos o sistemas de alimentación ininterrumpida».

Esperamos que las administraciones desarrollen este mandato y podamos por fin contar con una normativa que atienda las necesidades de las personas electrodependientes que habían quedado puestas de manifiesto en su día con la tramitación de la queja de oficio 22/3284.

2.2.7. Sostenibilidad y Medio Ambiente

2.2.7.2.1. Contaminación acústica

...

En este sentido, en el anterior Informe Anual de 2023 hacíamos referencia a que el Objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), menciona la Buena Salud como vía para garantizar una vida sana y promover el bienestar, siendo la

el que se regula la figura del consumidor vulnerable, el bono social y otras medidas de protección para los consumidores domésticos de energía eléctrica.

2 Disposición Adicional 7ª de la Ley 3/2024, de 30 de octubre, para mejorar la calidad de vida de personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica y otras enfermedades o procesos neurológicos de alta complejidad y curso irreversible.



contaminación acústica un factor que sin duda puede dificultar, cuando no imposibilitar dicho objetivo, especialmente en determinadas circunstancias.

...

2.2.7.2.2. Contaminación atmosférica, calidad ambiental, sanidad y salubridad

La casuística de quejas que se reciben en esta materia se pueden relacionar con el objetivo 3 de los ODS sobre Salud y Bienestar, meta 3.9 de Reducción de muertes por contaminación química y polución; y en el objetivo 11 Ciudades y Comunidades Sostenibles, meta 11.6 Reducción en el impacto ambiental en ciudades; en el objetivo 12 Producción y Consumo responsables, meta 12.4 Gestión de deshechos y productos químicos, meta 12.6 Adopción de prácticas sostenibles en empresas; y Objetivo 13 Acción por el Clima, en todas sus metas.

Partiendo de estos ODS, puede aquí citarse el expediente 24/9480, recibido ya al final del ejercicio 2024, con el que se nos planteó por una plataforma vecinal la **grave incidencia ambiental provocada por una granja porcina intensiva** en término municipal de Torreblascopedro, Jaén, con motivo de, entre otros problemas, *“los fuertes y persistentes olores que emana la granja y cuando vierten purines en las tierras, afectando de manera cotidiana la calidad de vida de los habitantes, y generando un malestar creciente entre los vecinos, quienes sienten que sus derechos básicos a vivir en un entorno saludable están siendo vulnerados”*.

Además, se añadía en la queja que *“este ambiente insalubre ha provocado también un incremento notable en la cantidad de insectos y otras plagas (ratas, ratones...), agravando aún más la incomodidad y el riesgo sanitario para la población”*; y citaban una serie de presuntas irregularidades e incumplimientos de la normativa en vigor de las instalaciones, tales como ineficacia de la charca en la que se debían verter los purines, utilizándose otra distinta; no haber plantado los árboles exigidos por el proyecto para mitigar el impacto ambiental de la granja; no realizar controles de contaminación en la zona pese a que el suelo donde se ha implantado está clasificado como susceptible de contaminación por nitratos; y posibles deficiencias en el agua que se da a beber a los animales.

Analizada la documentación que la plataforma vecinal nos aportó junto con el escrito de queja, pudimos comprobar que la granja objeto de la misma había sido sometida al trámite de Calificación Ambiental, por lo que su control correspondía al Ayuntamiento de Torreblascopedro, de ahí que, tras la admisión a trámite de la queja hayamos dirigido petición de informe al citado ente local, trasladándole que debe desplegar sus **funciones de vigilancia, control y, en su caso, ejercicio de la potestad sancionadora**.

...

2.2.8. Urbanismo y ordenación del territorio

2.2.8.1.1. Planeamiento urbanístico

...

A este respecto, el cumplimiento del deber de conservación se complica cuando va asociado a otra problemática compleja, como es la existencia de construcciones que presentan **restos de amianto** y requieren, por tanto, de la utilización de empresas especializadas y protocolos específicos para su retirada.

Tal ha sido el caso planteado en la queja 22/4837, en la que un Ayuntamiento de Sevilla ha ordenado la retirada de un tejado que contenía fibrocemento en base a las siguientes consideraciones:



“El uso de productos que contengan las fibras de amianto mencionadas en los puntos 4.1 y 4.2, que ya estaban instalados o en servicio antes de la fecha de entrada en vigor de la presente Orden, seguirá estando permitido hasta su eliminación o el fin de su vida útil.”

A falta de una normativa precisa, la resolución del Parlamento Europeo de 14 de marzo de 2013, sobre los riesgos para la salud en el lugar de trabajo relacionados con el amianto y perspectivas de eliminación de todo el amianto existente (2012/2065(INI)), “los materiales con amianto (MCA) poseen habitualmente un ciclo de vida de entre 30 y 50 años”.

Según información técnica especializada procedente del Centro Nacional de Nuevas Tecnologías, en el caso del fibrocemento, se estima que la vida útil puede alcanzar alrededor de 30-35 años, contando desde que se fabrica el producto, puesto que pasado ese tiempo iría perdiendo propiedades y deteriorándose. No obstante, ese tiempo es variable, es una estimación que puede verse afectada por otros parámetros como, por ejemplo, las condiciones a las que se haya visto expuesto ese material, que podrían reducir el tiempo de vida útil del producto.

Esta información es precisa, con nivel técnico suficiente, para saber el fin de la vida útil del fibrocemento, que no es otro que el comprendido entre 30 a 35 años. Esta vida útil puede verse reducida por el estado en que se encuentre el material debido a causas meteorológicas graves (tornados, vientos fuertes, terremotos, etc.) o al mal manejo.

Además, por la disposición adicional 14.ª de la Ley 7/2022, se entiende que el Ayuntamiento, en aras de eliminar las instalaciones con amianto que produzcan riesgo a la seguridad de las personas, así como para la mejora de la calidad y sostenibilidad del medio urbano, podrá dictar órdenes de ejecución para cumplir los deberes urbanísticos derivados del artículo 144.1 de la LISTA.

Por ello, tratándose de un caso de afectación especial a terceros, ya que la pendiente de la cubierta vierte hacia patio interior habitable de la finca colindante, a los signos de rotura observados en la cubierta y a fin de evitar un riesgo para la salud, informo de la orden de retirada de la cubierta citada, con las debidas medidas de seguridad, tal como establece el Real Decreto 396/2006, de 31 de marzo, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud aplicables a los trabajos con riesgo de exposición al amianto.

Por ello, considero debe instarse a la propiedad de la finca en cuestión a realizar la siguiente actuación:

- La retirada de la cubierta completa de fibrocemento, previa la tramitación de la correspondiente licencia municipal de obras, y correcta gestión de los residuos generados”.

2.3.1. Oficina de Información y Atención a la Ciudadanía

2.3.1.2. Datos cuantitativos

...
La sanidad, con 1.513 consultas durante 2024, ocupa el segundo lugar en cuanto a las preocupaciones que nos llegan a la OIAC, habiendo experimentado una **subida de más del 30% de consultas con respecto al año pasado**. También han sufrido un aumento importante las consultas en las que nos transmiten que no atienden los teléfonos de atención a personas en centros hospitalarios, especialmente departamentos de consultas externas, lo que hace imposible contactar con esos departamentos. Citas para atención primaria que superan los 15 días, o que no existe agenda para poder tramitar dicha petición. Todo ello impregnado de una sensación de abandono, sobre todo transmitida por personas mayores, por su dificultad en el uso de los medios telemáticos.

Una persona mayor nos traslada una demora de un mes y medio para atención primaria: *“Estoy desesperada, es la cuarta vez que solicito una cita en mi centro de salud, y me la dan para dentro de un mes y medio. Me dicen que vaya*



en persona. He ido en varias ocasiones a las siete de la mañana y hay una cola inmensa y cuando me llega el turno ya no quedan citas. Tengo 80 años y nunca me había pasado esto.”

Nos trasladan igualmente la falta de profesionales de atención primaria o especialidades, así como la imposibilidad de solicitar cita por la aplicación Salud Responde: “Hace unos días acudí a mi centro de salud para pedir cita con mi médico de familia y me dijeron que tenía que ir muy temprano y hacer cola porque sólo daban citas en el día ya que de los ocho médicos de atención primaria que había sólo quedaban tres y estaban desbordados”.

Respecto a la atención especializada, la tónica general es la demora de las citas de diferentes especialidades en los distintos hospitales de Andalucía. Esta cuestión genera muchas consultas y quejas sobre intervenciones quirúrgicas que no se realizan, a pesar de haber transcurrido los plazos de garantía correspondientes.

El 900 21 21 24 es un teléfono gratuito de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia a disposición de todas las personas que necesiten contactar con la Institución

La **salud mental** sigue ocupando un papel principal en las consultas que recibimos en nuestra Oficina. Fundamentalmente son los familiares los que se dirigen a nosotros, acusando la falta de profesionales, quienes les han trasladado a su vez que se encuentran solos para atender a los pacientes. “No hay medios para que algún profesional venga a sentarse una y otra vez con esa persona para sacarla del agujero. Siento que no tengo ninguna ayuda ni para mí ni para mi familia.”

...

2.3.3. Mediación

2.3.3.2.1. Quejas relativas al eje de Personas

...

Salud

Entre los asuntos asociados con la materia de salud y vinculados a función pública, gestionamos con enfoque mediador dos expedientes, en los cuales se planteó, en el marco de los procesos de selección de personal, la necesidad de clarificar por parte de la Administración si la competencia para emitir la acreditación sobre la capacitación profesional funcional podía entenderse atribuible a los facultativos de Atención Primaria, en atención a una norma reciente que se prestaba a confusión. Dicha cuestión la suscitó un particular afectado en la provincia de Almería, y el Sindicato Comisiones Obreras (expedientes de queja 23/5504, 24/1355). En este supuesto, cuya aclaración serviría para dar solución a un problema general que afecta a todas las personas que quisieran concursar a una plaza, se propuso por el Defensor una mesa de mediación, invitando a Función Pública y a la Dirección General de personal del SAS.

Tras varias conversaciones con ambos departamentos de la administración autonómica, estos decidieron que podían abordar el asunto de manera autónoma, sin necesidad de hacer uso de la mediación ofrecida, por lo que se dio una salida negociada a las quejas, que sirvieron para clarificar el asunto controvertido. Tras recibir el resultado de sus conversaciones y el acuerdo adoptado, el Defensor agradeció el esfuerzo de coordinación inter-administrativa realizado.

Por otra parte, durante el mes de diciembre celebramos una mediación en el centro hospitalario en una capital de provincia (24/6009), impulsada por el sindicato CSIF y apoyada por 1500 profesionales del centro, donde se planteaba un problema de **falta de cobertura de las ausencias justificadas del personal**, siendo uno de los centros donde porcentualmente dicho problema era el más alto. En la mediación se desarrolló un diálogo productivo entre las partes, que asumieron que en épocas anteriores, con otra dirección hospitalaria, había sido complicado. Se acordó abordar todos los temas pendientes con un orden de prelación, que facilitó posteriormente la asunción de compromisos del siguiente



tipo: fijar un calendario que sirviera como hoja de ruta para gestionar cada asunto, con la explicación del problema, las posibles soluciones sugeridas, así como la indicación de las personas que podrían coadyuvar en la gestión de cada cuestión, quedando el asunto solventado en ese sentido, es decir, otorgándose las propias partes su protagonismo y buena disposición para debatir y solventar cada punto, en un clima de colaboración, propiciado por el escenario mediador que habían vivido.

...

2.4. Resoluciones

2.4.1. Personas

2.4.1.3. Infancia y adolescencia

...

Queja 23/5510

- ▷ **Administración afectada:** Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública. Dirección General de Justicia Juvenil y Cooperación. Consejería de Salud y Consumo.
- ▷ **Estado de la Tramitación:** Cerrada. Acepta.
- ▷ **Descripción de la actuación:** Medidas propuestas sobre salud mental para menores infractores. Seguimiento del Informe Especial sobre la atención a menores infractores en los centros de internamiento de Andalucía.
- ▷ **RESOLUCIÓN:**

RECOMENDACIÓN para elaborar y acordar la aprobación de un convenio específico de colaboración para el impulso y mejora del conjunto de actuaciones del sistema sanitario en el marco del sistema penal juvenil que se han señalado en el contenido de la presente Resolución.

...

2.4.1.5. Salud y Bienestar

Queja 21/8280

- ▷ **Administración afectada:** Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Este
- ▷ **Estado de tramitación:** Aceptada
- ▷ **Descripción de la actuación:** Atención sanitaria de urgencia dispensada a su bebé de poco más de un mes de vida en el Hospital de La Línea de la Concepción y las consecuencias sufridas por el pequeño a causa de una bronquiolitis aguda.
- ▷ **RESOLUCIÓN:**

SUGERENCIA 1: valorar la iniciación de procedimiento de responsabilidad patrimonial de oficio en el presente caso, en el supuesto de que no haya prescrito el derecho a la reclamación de los interesados, conforme al artículo 61 de



la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, según el cual es posible el inicio del procedimiento por petición razonada de órganos que hayan tenido conocimiento de los hechos por tener atribuidas funciones de inspección, averiguación o investigación, a fin de dirimir si la lesión producida ha sido consecuencia del funcionamiento anormal de los servicios públicos que no tengan el deber de soportar conforme a la ley, y si en consecuencia tienen el derecho a ser indemnizados.

SUGERENCIA 2: revisar que el protocolo de actuación ante episodios de menores con bronquiolitis y otras afecciones respiratorias se adecúa a las guías de práctica clínica, y establecer los casos en los que se debe efectuar interconsulta a pediatría o valorar la observación o ingreso hospitalario.

Queja 22/6219

- ▶ **Administración afectada:** Hospital Regional Universitario de Málaga
- ▶ **Estado de tramitación:** Aceptada
- ▶ **Descripción de la actuación:** Tortuoso trasladado en transporte sanitario colectivo que sufre su padre para recibir sesiones de rehabilitación prescritas tras la amputación de una pierna, y los graves perjuicios que le ocasiona el desplazamiento en medios de transporte sanitario colectivo, a la vista de su patología, su edad, y lo tortuoso y prolongado del itinerario que debe soportar.
- ▶ **RESOLUCIÓN:**

RECOMENDACIÓN 1: Que por la persona que represente al Hospital Regional de Málaga en la Comisión de Seguimiento para el control y vigilancia del contrato del Servicio del Transporte Sanitario Terrestre Urgente y Programado en la provincia de Málaga, se compruebe el cumplimiento de los indicadores de calidad establecidos y, en caso necesario, se propongan las modificaciones pertinentes para mejorar la calidad del servicio al Plan Funcional de Transporte Sanitario Provincial (PFTSP) en su próxima revisión, así como, en caso de quedar constatado un incumplimiento o cumplimiento defectuoso por parte de la empresa, se adopten las penalidades correspondientes.

RECOMENDACIÓN 2: Que se introduzcan elementos de humanización en la gestión del servicio que permitan tener en cuenta las condiciones particulares de las personas usuarias, incluso con la finalidad de establecer medidas de priorización.

Queja 22/7124

- ▶ **Administración afectada:** Hospital Regional Universitario de Málaga
- ▶ **Estado de tramitación:** Aceptada
- ▶ **Descripción de la actuación:** Trato recibido durante su parto por cesárea en el Hospital Materno Infantil de Málaga.
- ▶ **RESOLUCIÓN:**

RECOMENDACIÓN 1.- Que se ofrezca a la promotora de la queja respuesta a todos los aspectos aludidos en su reclamación del 8 de abril de 2022, facilitándole la mayor información posible sobre la atención prestada durante el parto y respuesta a las dudas trasladadas al respecto.

RECOMENDACIÓN 2.- Que se revise el protocolo de gestión de reclamaciones, de forma que en caso de falta de colaboración de la unidad de gestión clínica o servicio correspondiente, se activen las medidas necesarias para garantizar el derecho de los y las pacientes a recibir respuestas adecuadas a sus reclamaciones en un plazo razonable, en concordancia con la normativa aplicable y los compromisos de mejora continua en la atención sanitaria.



Queja 22/7522

- ▷ **Administración afectada:** Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud
- ▷ **Estado de tramitación:** Aceptada
- ▷ **Descripción de la actuación:** Una mujer nos expone que tras habérsele realizado dos fecundaciones in vitro en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, y a pesar de cumplir con los criterios clínicos, se le había denegado el acceso a un tercer ciclo FIV/ICSI.
- ▷ **RESOLUCIÓN:**

SUGERENCIA 1: Que se adecúe el personal disponible en las Unidades de Gestión Clínica de Medicina Materno-Fetal, Genética y Reproducción de los hospitales del SSPA, a fin de que se dote convenientemente a los servicios que tengan más demanda, de modo que se pueda garantizar el principio de igualdad en el acceso a las prestaciones así como el cumplimiento de la Guía de Reproducción Humana Asistida del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

SUGERENCIA 2: Que se realice un análisis por la Comisión de asesoramiento del Programa de Reproducción Humana Asistida del Hospital Virgen del Rocío, que permita evaluar el cumplimiento de la normativa vigente en esta materia y la equidad en el acceso a la prestación, así como la calidad de la asistencia del programa de reproducción asistida en dicho centro hospitalario.

RECOMENDACIÓN: Que se impartan instrucciones a las Unidades de Gestión Clínica de Medicina Materno-Fetal, Genética y Reproducción a fin de que se proporcione a las pacientes toda la información relevante del proceso de reproducción humana asistida al que van a someterse, incluido el máximo de ciclos, así como de la posibilidad de ejercer la libre elección de especialista y centro, de conformidad con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Queja 23/3257

- ▷ **Administración afectada:** Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud
- ▷ **Estado de tramitación:** Aceptada
- ▷ **Descripción de la actuación:** Preocupación y ansiedad de una mujer que se encontraba en el programa de reproducción humana asistida en lista de espera para técnica de fecundación in vitro, por el temor de ser sometida a punción ovárica sin sedación.
- ▷ **RESOLUCIÓN:**

RECOMENDACIÓN: Que se adopten las medidas necesarias que permitan culminar la implantación homogénea de la posibilidad de administración de anestesia general en las técnicas de reproducción humana asistida, en particular en la punción ovárica de FIV, en aquellos centros hospitalarios del SSPA en los que aún no se ha incorporado protocolariamente, garantizando así que todas las mujeres tengan acceso a una atención médica de calidad y en condiciones de igualdad, reduciendo la ansiedad y el dolor y obteniendo mayor confort y seguridad.

Queja 23/4415

- ▷ **Administración afectada:** Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud
- ▷ **Estado de tramitación:** Aceptada
- ▷ **Descripción de la actuación:** Sobre la insuficiencia de psicólogos en el Área de Salud Mental de Peñarroya-Pueblonuevo, que incide sobre la continuidad de los tratamientos.



▷ **RESOLUCIÓN:**

RECOMENDACIÓN: Adoptar las medidas que permitan la cobertura de las plazas estructurales de psiquiatras en el Área Sanitaria Norte de Córdoba y en particular de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Peñarroya-Pueblonuevo, a fin de mejorar la calidad asistencial y en la defensa de los derechos de las personas atendidas, especialmente de aquellas afectadas por los trastornos más graves.

Queja 23/4541

- ▷ **Administración afectada:** Hospital Virgen de las Nieves
- ▷ **Estado de tramitación:** Aceptada
- ▷ **Descripción de la actuación:** Sobre la existencia de profesionales de enfermería capacitados en el manejo de los reservorios en los servicios de atención sanitaria urgente hospitalaria.
- ▷ **RESOLUCIÓN:**

SUGERENCIA a fin de que se adopten las medidas necesarias para que el Hospital Universitario Virgen de las Nieves cuente con personal de enfermería formado en la manipulación del reservorio venoso subcutáneo siempre disponible en las unidades o servicios de atención sanitaria urgente y en las de análisis clínicos, para poder dar respuesta a las personas portadoras del mismo, independientemente de su situación o proceso asistencial.

Queja 23/5317

- ▷ **Administración afectada:** Dirección Gerencia del Distrito Sanitario Condado-Campiña
- ▷ **Estado de tramitación:** Aceptada
- ▷ **Descripción de la actuación:** La queja se iniciaba ante la atención médica prestada a su cuñado en el Centro de Salud de Trigueros, poco antes de su fallecimiento en el interior de su coche, aparcado en las inmediaciones de dicho centro médico.
- ▷ **RESOLUCIÓN:**

RECOMENDACIÓN 1.- Relativa a la conveniencia de llevar a cabo una revisión de la procedencia de, en casos de crisis hipertensiva de pacientes con antecedentes relevantes de cardiopatía que siguen manteniendo una presión arterial elevada y acuden sin acompañante a las urgencias del centro de salud, indicar la observación y/o reposo en las propias dependencias sanitarias durante un plazo temporal más amplio, o como mínimo, asegurar que el paciente va a estar acompañado a su alta, de forma que pueda estar controlado.

RECOMENDACIÓN 2.- Que se ofrezca al promotor de la queja respuesta a todos los aspectos aludidos en su reclamación del 15 de febrero, facilitándole la mayor información posible sobre la atención prestada a su familiar (incluyendo la duración de la asistencia y la información que se trasladó al mismo aquel día) y respuesta a las dudas trasladadas al respecto.

RECOMENDACIÓN 3.- Que se revisen los estándares de actuación del protocolo sobre información a pacientes y familiares, de modo que se introduzcan previsiones específicas sobre la forma y el contenido de la información a facilitar en casos de fallecimiento.

Queja 23/5791

- ▷ **Administración afectada:** Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud
- ▷ **Estado de tramitación:** Aceptada



▷ **Descripción de la actuación:** Mejora de la eficiencia de la gestión de la incapacidad temporal,

▷ **RESOLUCIÓN:**

RECOMENDACIÓN 1.- Adoptar las medidas necesarias para proveer información clara, accesible y detallada sobre los procedimientos de incapacidad temporal a través de los canales oficiales del SAS, incluidas las páginas web, aplicaciones móviles y en los propios centros de salud mediante cartelería. Esta información debería abarcar los trámites a seguir, los derechos de los pacientes y las competencias del personal facultativo.

RECOMENDACIÓN 2.- Mantener una comunicación transparente y continua sobre las políticas, procedimientos y cambios normativos relativos a la incapacidad temporal con todos los profesionales implicados, especialmente con los/as especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y el personal facultativo hospitalario que vaya a poder expedir la incapacidad temporal.

RECOMENDACIÓN 3.- Acelerar el desarrollo e implementación de herramientas informáticas que permitan la prescripción de la IT de manera eficiente en el ámbito hospitalario, facilitando así la eficiencia y efectividad de la gestión de la incapacidad temporal y facilitando estos procesos a las personas afectadas y al propio personal facultativo.

RECOMENDACIÓN 4.- Habilitar mecanismos que permitan la solicitud on line o telefónica de citas específicas para valoración de la incapacidad temporal dentro del plazo establecido para ello, evitando así desplazamientos innecesarios y esperas prolongadas en los centros de salud.

RECOMENDACIÓN 5.- Establecer protocolos claros para garantizar el reconocimiento médico y valoración de la incapacidad temporal dentro del plazo establecido en ausencia del o de la Mfyc referente.

RECOMENDACIÓN 6.- Proveer información clara y accesible sobre el procedimiento a seguir para la emisión de la incapacidad temporal para personas residentes en otras comunidades autónomas que requieran atención urgente en Andalucía, asegurando la correcta coordinación entre las diferentes administraciones sanitarias.

RECOMENDACIÓN 7.- Examinar los criterios empleados por las Inspecciones de Servicios Sanitarios de las provincias andaluzas en relación con el proceso de incapacidad temporal, permitiendo identificar áreas de mejora y adoptar las medidas correctivas pertinentes.

Queja 23/9466

▷ **Administración afectada:** Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud

▷ **Estado de tramitación:** Aceptada

▷ **Descripción de la actuación:** Demora que acumulaba su cirugía de cambio de sexo, inscrita en el Registro de Demanda Quirúrgica del Hospital Regional Universitario de Málaga.

▷ **RESOLUCIÓN:**

RECOMENDACIÓN: Que se adopten las medidas organizativas y asistenciales precisas para la satisfacción de la demanda de intervenciones quirúrgicas de reasignación genital en plazos razonables, en particular las genitoplastias feminizantes, que actualmente acusan en el Hospital Regional Universitario de Málaga una espera de nueve años que, de no adoptar medidas urgentes, continuarán aumentando exponencialmente, de conformidad con el respeto a la diversidad y la dignidad de las personas transexuales consagradas en la legislación nacional y andaluza y como parte integrante del derecho a una buena administración.



4. La colaboración de las administraciones públicas con la Institución

4.2. Administraciones no colaboradoras. Análisis por bloques temáticos de materias

4.2.1. Personas

4.2.1.4. Salud y Bienestar

Queja 23/4822

- ▶ **Administración afectada:** Hospital Universitario Puerta del Mar.
- ▶ **Resultado de la actuación:** No aceptada.
- ▶ **Descripción de la actuación:** Demandamos medidas de organización al hospital ante una paciente que lleva cuatro años para una operación.

RESOLUCIÓN: Que para la superación de las situaciones de larga espera se adopten por ese hospital las medidas organizativas y asistenciales precisas para la satisfacción de la demanda, de tal manera que los ciudadanos disfruten del efectivo reconocimiento del derecho a la protección de la salud que establece el art. 43 de la Constitución, y en concreto se adopten medidas para que la intervención quirúrgica que aguarda la interesada se pueda producir lo antes posible.

Queja 23/6561

- ▶ **Administración afectada:** Hospital Universitario Puerta del Mar.
- ▶ **Resultado de la actuación:** No aceptada.
- ▶ **Descripción de la actuación:** Pedimos que no se demore una intervención quirúrgica aunque no esté afectada por los decretos de plazos.

RESOLUCIÓN: Que para la superación de las situaciones de larga espera se adopten por ese hospital las medidas organizativas y asistenciales precisas para la satisfacción de la demanda, de tal manera que los ciudadanos disfruten del efectivo reconocimiento del derecho a la protección de la salud que establece el art. 43 de la Constitución, y en concreto se adopten medidas para que la intervención quirúrgica que aguarda la interesada se pueda producir lo antes posible, habida cuenta que hace dos años que se encuentra inscrita en la lista de espera quirúrgica (desde el 5 de mayo de 2022) con prioridad asistencial preferente.



4.2.2. Planeta y prosperidad

4.2.2.2. Empleo Público

...

Queja 22/5083

- ▶ **Administración afectada:** Dirección General de Personal del Servicio Andaluz de Salud (SAS).
- ▶ **Resultado de la actuación:** No aceptada.
- ▶ **Descripción de la actuación:** El motivo de la queja es que hasta la fecha no había recibido respuesta de la Administración sanitaria al escrito de petición presentado con fecha 24 de abril de 2022, en el que denunciaba vulneración de sus derechos ante la “no contabilización de los periodos de baja maternal y periodo de riesgo en el embarazo como servicios prestados, a efectos de concurso de oposición, ni antigüedad/trienios y alta en Seguridad Social, pues sólo es reconocido el tiempo como Experiencia SAS en la Bolsa Única del Servicio Andaluz de Salud”.

RESOLUCIÓN: Sugerencia para que por esa Administración se analicen y adopten todas las medidas que sean necesarias para atender, conforme a lo establecido por la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la situación de las personas que estando inscritas en la bolsa de empleo temporal se encuentren en situación de disponible y, en el momento de corresponderle un nombramiento o contratación temporal que acepten, estén en situación legal de incapacidad transitoria por riesgo en el embarazo o de permiso por maternidad, en relación a la formalización de su nombramiento o contratación.

...



Revista del Informe Anual

Los derechos de todos los vulnerables

Artículo publicado en las cabeceras del Grupo Joly el 6 de diciembre de 2024

Desde el impacto de la Covid y la visualización de los problemas que afloraron, la sociedad en su conjunto está asimilando **la debilidad y la vulnerabilidad** como una cualidad que nos define como seres humanos. “No pasa nada por no estar bien”, aceptamos. Este concepto no es ajeno para un defensor del pueblo. La defensa de los derechos de los colectivos vulnerables subyace en nuestra propia definición, hasta el punto de que esta supone nuestra principal ocupación. Tratamos pues los problemas de personas con carencias materiales y de subsistencia (“las cosas del comer”); de los inmigrantes (pobres); de aquellos que malviven en asentamientos chabolistas; de la (ignorada) población penitenciaria; de las personas con otras capacidades (extinto, por fin, el término minusválido) y hasta de colectivos amplios y heterogéneos como las personas mayores; la infancia y la adolescencia, y las mujeres, víctimas de una amplia gama de violencias.

Se trata, sin duda, de colectivos cuyos derechos demandan una protección preferente, como mandata el Estatuto de Andalucía (artículo 41) y la **Constitución Española** -de la que celebramos este viernes su efemérides -sin olvidar el texto base de estas normas y que constituye la esencia de nuestra misión: la **declaración universal de los Derechos Humanos**, cuya aprobación hace 76 años conmemoramos **este 10 de diciembre**. Son estos pronunciamientos vigorosos, reivindicativos, de sociedades que ambicionaron la igualdad y la plena efectividad de los derechos sociales, sin que sus redactores consideraran necesario aludir en su literalidad al término vulnerabilidad, ausente en los articulados.

Como Defensor del Pueblo andaluz -finalizado un segundo y último mandato de cinco años y con la experiencia de uno anterior en la década de los 90- tengo la oportunidad a diario de conocer las preocupaciones de la ciudadanía a través de las quejas y consultas que recibo; las respuestas que las administraciones nos trasladan, y los informes e investigaciones que realizamos, donde percibo estas situaciones. Son 30.000 actuaciones al año, más de 80 al día, lo que constituye un barómetro fiable y riguroso. Conocemos la realidad y sabemos por dónde hay que transitar.

Parece evidente que nos enfrentamos a una brecha entre las necesidades sociales y la capacidad de los servicios públicos para dar respuesta a estas. Por ello, a estos colectivos vulnerables “tradicionales” se han unido otras situaciones crecientes de **personas que están en situación de vulnerabilidad**. Por ejemplo, quienes reciben un diagnóstico sanitario negativo y esperan durante meses una intervención. Las personas dependientes y sus familiares, cuya calidad de vida se ve comprometida por años de retraso en la tramitación de la ayuda. Quienes encuentran dificultades para el acceso o el mantenimiento de un techo digno, en especial para generaciones de jóvenes. Los nuevos excluidos, personas mayores o no, por la brecha digital. Quienes sufren la falta de recursos en sanidad (por ejemplo, psicólogos para los problemas de salud mental) y educación (me detengo en las familias con hijos e hijas con necesidades especiales y trastornos de conducta). O de aquellos que temen las consecuencias de la precariedad laboral y el desafío de la inteligencia artificial.

Aceptamos que todos somos vulnerables ante la emergencia climática, como nos ha demostrado la DANA, y ante el deterioro de nuestra democracia debido a la amenaza de la ultraderecha, que niega no solo derechos consolidados, la aceptación de la diversidad y de la identidad, y la reconciliación con nuestro pasado, entre otras inmoralidades, sino también instituciones como la que represento y que ha cumplido 41 años el pasado 1 de diciembre.

Como la ciudadanía a la cual defendemos, **los defensores del pueblo aceptamos que también somos vulnerables**, porque todos estamos expuestos al descrédito de la ciudadanía sobre la actuación de las instituciones públicas a causa de la erosión del Estado del bienestar y el aumento de las desigualdades. Nos pueden lastimar o herir, pero mantene-mos una convicción clara: **las instituciones de garantía de derechos son útiles y eficaces por sí mismas**, como voces vivas de reafirmación del Estado social y democrático de derecho y voz de muchas personas que viven situaciones de desigualdad, que carecen de otra forma de hacerse oír y de hacer valer sus derechos frente a una Administración poderosa, con frecuencia sorda y muda.

Porque todos tenemos derecho(s) a disfrutar de servicios públicos de calidad y **a sentirnos cuidados y protegidos cuando somos (o estamos) vulnerables**.



Jesús Maeztu Gregorio de Tejada

Defensor del Pueblo andaluz en funciones

2. Eje Personas

La infancia en el centro de los Objetivos de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible (ODS)

Los Objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS) promueven de una manera firme y decidida los derechos de la infancia y supone una excelente oportunidad para proteger a todos los niños y niñas bajo la consigna de «no dejar nadie atrás».

La citada Agenda 2030 implica pues un cambio de paradigma y una oportunidad política para la infancia que se cimienta en dos enfoques compartidos: la sostenibilidad y la equidad. Existe una estrecha vinculación entre los mencionados Objetivos y los derechos, sobre todo en relación con el avance y desarrollo de la infancia. Y así podemos encontrar una dualidad de propósitos y actividades difícil de desligar: **el logro de los ODS contribuye en gran medida a la realización de los derechos de la infancia, de la misma manera que trabajar en el respeto de los derechos de la infancia favorecerá el avance en el cumplimiento de los retos establecidos por los mencionados Objetivos.**

Es innegable que desde la aprobación de la Agenda en el año 2015 hemos asistido a importantes avances en la protección de los derechos de la infancia. Unos avances que han tenido su reflejo en **un nuevo marco jurídico** que ha sustentado las bases y contribuido a esta finalidad.

Citemos, como ejemplo, la Ley Orgánica 8/2021, de protección integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia (LOPIVI) que establece medidas de protección, detección precoz, asistencia, reintegración de derechos vulnerados y recuperación de la víctima. A nivel autonómico destacamos la Ley 4/2021, de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. Mencionamos asimismo el recién aprobado III Plan de Infancia y Adolescencia en nuestra comunidad autónoma por su avance en la coordinación y la transversalidad en la atención a la infancia y adolescencia entre las distintas administraciones.

Pero a pesar de los innegables logros, sobre todo en el plano formal, para proteger a la infancia, todavía **tenemos por delante importantes retos y desafíos para alcanzar plenamente los Objetivos de la Agenda 2030.**

Nos referimos a **erradicar la pobreza infantil en Andalucía**, que tiene uno de los índices más elevados de todo el país. En 2023 la tasa de pobreza relativa de las personas menores de 18 años en Andalucía es 10 ó 12 puntos porcentuales mayor que la de la población general, esta última es del 19,5% si se emplea el umbral de pobreza de Andalucía y del 30,5% con el umbral de pobreza de España.

Reducir al menos a la mitad la proporción de personas, incluidas menores de edad, que viven en situación de pobreza e implementar sistemas de protección social, logrando una cobertura social a los más pobres y vulnerables, constituyen dos de las principales metas de dicho Objetivo.

Sin embargo, cuando quedan seis años para el 2030 las cifras y datos sobre la pobreza infantil traídos a colación nos ponen en alerta y nos deben hacer reflexionar sobre la necesidad de avanzar y trabajar con mayor eficacia, rigor y contundencia en este propósito.

También hemos de mencionar la apuesta de los ODS por **garantizar una vida sana y promover el bienestar** para todos y en todas las edades. Es justo reconocer que los índices de mortalidad infantil ha descendido en los últimos años.

No obstante, hemos de poner el foco de atención en la obesidad. Se trata de una enfermedad que tradicionalmente no ha venido recibiendo una priorización por los poderes públicos acorde con su prevalencia e impacto, lo que ha llevado



a que aumente su prevalencia más rápidamente en las economías emergentes. Además, la obesidad es una puerta de entrada a muchas otras enfermedades no transmisibles y a enfermedades relacionadas con la salud mental.

Hemos de seguir trabajando asimismo a favor de una **educación de calidad**. Son muchos los retos aún pendientes para que hacia el año 2030 todos los niños y niñas completen Educación primaria y secundaria gratuita, equitativa y de calidad, que conduzca a resultados pertinentes y eficaces de aprendizaje. Unas metas inalcanzables si no incidimos en poner término al abandono escolar.

Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas, es el propósito de los ODS sobre **Igualdad de Género**. La igualdad entre géneros no es solo un derecho fundamental, sino la base necesaria para conseguir un mundo próspero y equitativo. También representa una herramienta fundamental para el desarrollo sostenible de la sociedad.

Pero a pesar de los esfuerzos de los poderes públicos y las múltiples iniciativas en la materia, especialmente en la lucha contra la violencia de género, mujeres y niñas siguen sin experimentar una igualdad de derechos real; no solo formal. Las cifras hablan por sí solas: en Andalucía, durante 2022, un total de 122 chicas víctimas menores de 18 años tenían orden de protección o medidas cautelares por violencia de género.

El ODS nº 8 pretende promover el **crecimiento económico inclusivo y sostenible, el empleo y el trabajo decente para todas las personas**. En este ámbito, la población juvenil es la que se encuentra más distanciada para alcanzar dicho propósito como lo acreditan los datos de la Encuesta de Población Activa sobre desempleo juvenil. Son muchos los efectos negativos que el desempleo causa en los jóvenes: ansiedad y depresión, estrés, aislamiento social o disminución de oportunidades laborales. Y es por ello que los ODS insisten en la implementación de políticas y programas específicos para apoyar a los jóvenes en su transición al mercado laboral.

Por otro lado, lamentablemente son muchos los niños y niñas que viven en hogares que sufren problemas de contaminación u otros ambientales en su vivienda. Debemos poner término a esta realidad. Así lo refleja la Agenda 2030, a través del **acceso de toda la población a viviendas**, servicios básicos y medios de transporte adecuados, asequibles y seguros, especialmente para las personas en situación de vulnerabilidad y fomentando en las ciudades la reducción del impacto.

No podemos dejar de mencionar **la acción por el clima** del ODS nº 13. La crisis climática global, tal vez sea la mayor amenaza para la supervivencia humana en un futuro cercano, está afectando de manera desproporcionada a la salud y bienestar de los niños y niñas, en particular, a la de aquellos que nacen en entornos con recursos limitados.

Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas, son principios recogidos también en el ODS nº 16 bajo el lema Paz, Justicia e Instituciones Sólidas. Estos loables principios reconocen que **todos los niños y niñas tienen derecho a crecer y desarrollarse en entornos seguros y libres de violencia**.

Sin embargo, los abusos sexuales, psicológicos o físicos, los malos tratos, el acoso o ciberacoso contra niños, niñas y adolescentes continúan siendo una realidad execrable para muchos de ellos. En 2023 el Sistema de Maltrato Intrafamiliar (SIMIA) registró 10.787 notificaciones, un 51% estaban referidas a chicos y un 49% chicas; según edad, la mayoría de notificaciones hacen referencia a niños y niñas entre 0 y 5 años (27,6%), seguidas de las notificaciones referidas a niñas y niños entre 10 y 13 años (27,0%).

El relato anterior nos permite concluir sin la menor duda que los **Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2023 y sus 169 metas impactan de manera directa o indirecta en el bienestar de la infancia**. Conocemos el papel que ocupan los niños y las niñas en nuestra sociedad, cuáles son sus necesidades, sus prioridades y cómo debemos actuar desde todos los ámbitos: **se trata de que niños y niñas estén en el centro de todas las políticas públicas**.



Protagonismo del Sistema educativo en la protección del bienestar emocional del alumnado: prevención del suicidio

*Por mucho que nos pueda extrañar y nos resulte difícil de comprender, **los adolescentes también se suicidan**. Especialmente preocupantes son las cifras aportadas por la Organización Mundial de la Salud según las cuales el suicidio, a nivel mundial, es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años.*

Es un hecho que **el suicidio representa un grave problema de salud pública y una tragedia** que afecta a las familias, a las comunidades y a los países. La sociedad suele ser reacia a tratar, debatir o hablar de este fenómeno y siempre se ha considerado un asunto tabú, de manera singular para las familias afectadas por la tragedia. Sin embargo, son cada vez más los expertos que cuestionan la ocultación del suicidio como una forma de prevenir su creciente incidencia.

El incremento de las muertes por suicidios de la población adulta y en especial de los jóvenes así como los intentos de autolisis, de modo singular tras la pandemia, ha puesto en el debate el alcance del fenómeno y la necesidad de intervenir. **Hemos pasado del silencio al reconocimiento del problema.**

En este contexto, son muchos los organismos e instituciones de ámbito internacional o nacional que se han pronunciado sobre metodologías para luchar contra esta terrible lacra social. Citamos, por ejemplo, al [Consejo Europeo](#) que ha solicitado **mayor implicación de la investigación científica, la educación en la escuela y los centros de atención médica** con la finalidad de prevenir el suicidio en niños, niñas y adolescentes para convertirlo en una prioridad política.

Por su parte, el [Consejo General de la Psicología](#) insiste en la necesidad de diseñar e implementar una estrategia multidisciplinar y coordinada para la prevención del suicidio, que ofrezca una respuesta integral y que dé cuenta de la naturaleza multicausal de los comportamientos suicidas. Para tal finalidad propone determinadas acciones como, concienciar a la población sobre el suicidio, luchar contra los tabúes y estigmas de los problemas de salud mental, mejorar la detección de la depresión en población infanto-adolescente en el ámbito educativo, desarrollar acciones coordinadas entre los profesionales sanitarios y otros sectores (educación, servicios sociales, policía), o identificar colectivos vulnerables según nivel de riesgo para la prevención de la conducta suicida.

Llegados a este punto, **¿cuál es el papel de la Escuela en la educación emocional del alumnado y como instrumento para prevenir el suicidio?**

El bienestar emocional de niños, niñas y adolescentes representa un componente esencial de su desarrollo general y debe constituir una prioridad de las instituciones educativas. Hemos de partir de que la salud emocional no supone la ausencia de problemas, antes al contrario, el bienestar emocional es la capacidad del niño o niña para enfrentarse a los desafíos de la vida con resiliencia y optimismo. Supone que el menor debe aprender a reconocer y gestionar sus emociones, a desarrollar una autoestima saludable y a construir relaciones positivas.

Ante este nuevo escenario de intervenciones de la escuela, las distintas leyes educativas han venido a reflejar un reconocimiento creciente de la importancia de la salud emocional en el desarrollo integral de los estudiantes que les permita obtener las herramientas necesarias para gestionar sus emociones y mejorar sus relaciones interpersonales. Asimismo el protagonismo se extiende a los profesionales docentes y equipos directivos en la tarea de detectar e intervenir ante los problemas de bienestar emocional del niño o niña que pueda desembocar en un intento de autolisis. Un tarea ciertamente difícil y complicada pero de vital importancia.

Importancia de la figura del coordinador o coordinadora de Bienestar social

Hemos de congratularnos de que Andalucía se haya sumado a las comunidades autónomas que cuentan con protocolos específicos para la prevención del suicidio en el ámbito educativo, aprobando un documento denominado **“Guía para la prevención del riesgo de conductas suicidas y autolesiones del alumnado”** que pretende guiar y acompañar a los centros en la elaboración de una propuesta de prevención, protección e intervención para situaciones de riesgo o evidencia de conductas suicidas y autolesiones.



De modo singular, nos preocupan los importantes desafíos a los que se están enfrentando aquellos y aquellas profesionales que tienen encomendadas las funciones de **coordinador o coordinadora de Bienestar social**. Sin duda, representan un papel esencial para detectar y apoyar al alumnado en situación de vulnerabilidad, proporcionando una comunicación y coordinación fundamental entre la escuela, la familia y otras administraciones públicas (servicios sociales y salud).

La importancia del asunto que abordamos nos ha llevado a reclamar de la administración educativa los **recursos necesarios para que los profesionales de la escuela puedan desarrollar adecuadamente su labor en pro del bienestar emocional del alumnado y para prevenir los suicidios**. No se trata solo de una cuestión laboral; se trata sobre todo y ante todo de que se puedan llevar a cabo todas las acciones y medidas previstas por el ordenamiento jurídico para proteger el bienestar emocional del alumnado y prevenir los suicidios.

Hacia una educación inclusiva: la Educación Especial, desde lo previsto a lo real

Nuestro ordenamiento jurídico se dota de un sólido elenco de disposiciones que reconocen **la inclusión escolar como uno de los principios del Sistema educativo** y que define a la escuela inclusiva como un modelo esencial para lograr la atención integral de todo el alumnado, independientemente de sus condiciones y capacidades.

Se trata de un desarrollo logrado tras un largo y complicado proceso y ha supuesto un avance coherente con los principios y proclamas que fundamentan el alcance y contenido del derecho a la Educación que reconoce la Constitución.

La Defensoría dedica buena parte de sus actuaciones a construir ese trayecto que transcurre **desde lo previsto a lo real**; desde lo deseable a lo evidente. El trabajo volcado en la atención de muchas quejas sobre la Educación Especial quiere ser un honesto esfuerzo por transformar ese armazón de disposiciones y normas en la realidad cotidiana de nuestros colegios respondiendo a su alumnado como lo merece, como lo necesita y como reconocimiento de sus derechos.

Casos muy frecuentes como los que se producen reclamando la presencia de Profesionales Técnicos de Integración Social (PTIS), que no se logran atender o sus horarios y jornadas no permiten la atención que requiere el alumnado. Parecidos conflictos se presentan por la evidente escasez de acceso a los apoyos profesionales de Audición y Lenguaje (AL), o refuerzos de Pedagogía Terapéutica (PT).

Hablamos de especialidades que se encuentran categorizadas como de «difícil generación» lo que otorga una vía de excusa o aplazamiento desde las autoridades para prorrogar o postergar su concesión.

Ante este escenario, **hemos solicitado de la Administración educativa unos programas de servicios concretados y definidos de manera objetiva según actividades y horarios, o los numerosos pronunciamientos para reforzar los apoyos de PTIS** para los niños y niñas; la misma aspiración la expresamos para dotar a un Instituto de Secundaria de **aula especial**; o la importancia de afianzar las **respuestas coordinadas entre Salud y Educación** en la atención del alumnado con dolencias crónicas o terminales, al igual que reforzando la figura de la **enfermería escolar**.

Debemos avanzar diluyendo la relatividad y la abstracción para asegurar criterios de prestaciones y compromisos de respuesta. **La teoría ya la sabemos; queda todo lo demás.**

Mejorando el servicio público del Punto de Encuentro Familiar en interés superior del menor

De todos los actores implicados en las rupturas familiares, de manera singular cuando se produce en un entorno de elevado conflicto, no cabe duda de que la parte más frágil son los hijos. Niños y niñas que en una etapa de su vida que requieren de estabilidad y un clima de convivencia armónico para crecer y madurar como personas, se ven obligados a asistir a disputas entre sus progenitores, o entre estos y otros miembros de la familia, sin comprender bien los motivos de tales desavenencias. En no pocas ocasiones, además, las personas menores son



requeridas para decantarse por una u otra parte, y utilizadas como instrumento de presión o como medio para hacer el mayor daño posible a la otra parte.

Un elevado número de estas disputas familiares terminan en los tribunales de justicia. Unos procedimientos en los que se dirime el régimen de guarda y custodia y comunicación con el progenitor no custodio, o el económico, regulador de las medidas a adoptar respecto de hijos e hijas desde el momento en que se produce la separación de sus progenitores. Lamentablemente es un hecho que muchos padres y madres se ven obligados a obtener una respuesta judicial al no ser capaces de llegar a un acuerdo que regule en el futuro las relaciones con sus hijos y la obligación de proporcionarles alimentos, en el más amplio sentido de la palabra.

En no poca ocasiones, **el juzgador se ve en la tesitura de ordenar que las relaciones entre los progenitores se realicen con la colaboración del servicio del Punto de Encuentro Familiar (PEF)**. Se trata de un servicio de la administración que tiene por objetivo servir de espacio neutral para garantizar el derecho de las personas menores de edad a relacionarse con sus progenitores y familiares. Su carácter es temporal y excepcional, y en él se presta atención profesional multidisciplinar, mediante la cual se pretende dotar a los progenitores de técnicas que les permitan el ejercicio positivo de la paternidad o maternidad y de la consiguiente independencia respecto a dicho servicio.

Como servicio público que es, **las quejas por el funcionamiento de los PEF no son ajenas a la actividad de la Institución**. Recibimos denuncias sobre presuntas presiones desproporcionadas a los niños y niñas para vencer su reticencia y que accedan a tener relación con la persona a quien el juzgado confiere el derecho de visitas; acontecimientos relevantes durante el desarrollo de las visitas de los que no se informa al juzgado; escasa experiencia profesional en el desempeño de estos servicios por su personal; o, también, deficiencias en las infraestructuras de los PEF que no se acomodan a los fines pretendidos.

En este contexto, esta Institución ha acordado **elaborar un informe especial sobre los Puntos de Encuentro Familiar** con el propósito de analizar las fortalezas y debilidades del mencionado servicio para poder formular, mediante recomendaciones y sugerencias, propuesta que ayuden a mejorar la importante labor que se desarrolla en aquellos.

Sin perjuicio de esta actividad general, hemos tenido ocasión de profundizar en el trabajo que se ejecuta en un PEF ubicado en la provincia de Granada. Tras la tramitación de la queja así como una visita a sus instalaciones por personal técnico de esta Institución, hemos **recomendado** a la Delegación Territorial de Justicia que se acometa la elaboración de la Carta de Servicios que ofrece el PEF de referencia, detallando las obligaciones que asume la Junta de Andalucía al prestar dicho servicio público, especificando aspectos concretos de su intervención que no se contempla en la reglamentación reguladora de los PEF de la Junta de Andalucía, así como compromisos de calidad en cuanto a tiempos de respuesta, ratios de personal en relación del número de casos atendidos, ocupación máxima de las instalaciones; y también detallando los cauces de participación de la ciudadanía en el control del correcto funcionamiento del servicio.

Asimismo para mejorar el servicio siempre en interés superior del menor, hemos **recomendado** un control más continuado por la administración, especialmente en lo relativo a las quejas o reclamaciones que las personas usuarias pudieran presentar, supervisando la respuesta del PEF y ofreciendo a las personas interesadas información detallada sobre el trámite otorgado a su reclamación. (Queja 22/7927).

3. Eje Planeta y Prosperidad

Subvenciones y ayudas en concurrencia no competitiva. Tonto el último

*Preocupación de la Institución, en relación con la utilización por la Administración andaluza de las herramientas tecnológicas que posibilitan la administración electrónica, su aplicación en la **concesión de ayudas y subvenciones** sin establecer medidas compensatorias para evitar que se vean discriminadas las personas que presentan más dificultades en el acceso a las herramientas tecnológicas*



La Administración de la Junta de Andalucía ha optado para la concesión de ayudas y subvenciones a colectivos numerosos de personas, por **sistemas de concurrencia no competitiva**, imponiendo como obligatoria la tramitación telemática de las solicitudes y estableciendo su selección por orden de llegada hasta el agotamiento de los fondos.

Esta decisión nos parece cuestionable, en primer lugar porque está generalizando un sistema de concesión de ayudas y subvenciones, como es la concurrencia no competitiva, que de conformidad con la normativa reguladora de las ayudas y subvenciones a nivel europeo, estatal y autonómico, **debería ser la excepción frente a la regla de la selección por méritos o criterios de preferencia**.

La razón aducida es que las posibles personas beneficiarias cumplen todos los requisitos exigidos para ser seleccionadas, por lo que no es necesario establecer criterios de selección entre las mismas. Lo cierto es que, aunque esta premisa sea básicamente cierta, no deja de ser igualmente cierto que existen diferencias entre las personas pertenecientes a estos colectivos que podrían justificar el establecimiento de criterios de selección.

Entendemos que la principal razón para optar por estos procedimientos es que resultan más fáciles y rápidos de tramitar, lo que supone un evidente ahorro de medios y recursos para la administración y posibilitan mayor eficacia en la gestión de las ayudas y subvenciones.

Estas mismas razones, **ahorro de medios, rapidez y eficacia en la gestión**, son las que explican que además de utilizar este sistema de concesión de las ayudas, se opte por imponer la obligatoriedad de la presentación de las solicitudes por **vía telemática** y se utilice como criterio de selección el orden de llegada de las solicitudes.

Debemos aclarar que esta Institución es firme partidaria de que la administración utilice aquellos medios que le permitan cumplir sus fines de interés público de la forma más ágil, rápida, eficaz y con el mayor ahorro de medios personales y materiales que sea posible. Esto incluye la utilización de todas las herramientas tecnológicas que sean necesarias para lograr estos fines.

No obstante, creemos que **la consecución de estos objetivos debe realizarse sin que ello suponga quebrar los principios de equidad e igualdad** en el acceso a las ayudas y subvenciones públicas.

Como hemos podido comprobar en algunos de los procesos de concesión de ayudas que han seguido estos sistemas -como es el caso de las ayudas para el denominado “bono alquiler joven”; las ayudas para acceder al denominado “bono carestía”; o las ayudas tecnológicas para personas con discapacidad- los fondos públicos que las financian se han agotado rápidamente al concederse a aquellos que conseguían presentar sus solicitudes con mayor rapidez utilizando los medios telemáticos. En algunos casos, los fondos se han agotado en menos de 24 horas.

Ciertamente resulta difícil negar la eficacia del sistema. Sin embargo, no podemos dejar de **preguntarnos si el sistema ha sido igual de justo para todos los posibles beneficiarios**, si todas las personas han tenido las mismas posibilidades de acceder a estas ayudas.

Según informaciones publicadas y según nos exponen algunas de las quejas recibidas, al primar la rapidez en la presentación de las solicitudes por medios telemáticos, quienes tienen acceso a mejores recursos tecnológicos, poseen mayores habilidades sociales y cuentan con mejores canales de acceso a Internet se sitúan en una **posición de evidente ventaja** a la hora de obtener estas ayudas y subvenciones, frente a quienes carecen de estos medios, estos recursos o estas habilidades.

Creemos que **la administración andaluza debería valorar la necesidad de buscar medios para el otorgamiento de ayudas y subvenciones que, manteniendo criterios de eficacia, permitan garantizar en mayor medida los principios de equidad e igualdad**.

A tal fin creemos que, cuando sea necesario o conveniente optar por sistemas de concurrencia no competitiva, debería optarse por **utilizar criterios de selección más justos que el simple orden de presentación de las solicitudes**.

La administración electrónica, en aras de mejorar su eficacia, no puede obviar la diversidad de las personas y sus capacidades digitales. Es **esencial adoptar un enfoque de diseño centrado en el ciudadano**. Esto implica considerar las necesidades, habilidades y limitaciones de todos los usuarios al desarrollar servicios digitales. La administración electrónica debe garantizar la igualdad de todas las personas en el ejercicio de sus derechos.



Acceso familiar a instalaciones deportivas: Una promesa atlética para menores de edad con diabetes

Son muchas las ventajas que la realización de actividades deportivas conlleva para niños y niñas, especialmente en el caso de aquellos que padecen determinadas patologías.

En ocasiones para la realización de dichas prácticas deportivas por menores con alguna enfermedad se requiere de una vigilancia singular que va más allá de la que se realiza en las instalaciones deportivas, y que es ejercida normalmente por familiares del niño o niña. Una presencia que no siempre es aceptada por las personas responsables de las instalaciones deportivas.

Citamos como ejemplo la negativa de las personas responsables de unas instalaciones deportivas a que una madre pudiera acceder a las mismas acompañando a su hijo diabético durante los entrenamientos de atletismo.

Los gestores interpretaban que la vigilancia y cuidados podían asumírselos los servicios ordinarios del centro; pero, frente a unos criterios restrictivos de esta presencia familiar, también trataba de ofrecer las pautas de seguridad y respuesta repentina para atender una incidencia sobrevenida. Más allá de la asignación de esta tarea a los responsables del club, esa vigilancia no alcanzaría a responder ante supuestos especiales de respuesta en una situación que sí podría ser abordada por esos familiares o acompañante habituales que disponen del manejo de las medidas de atención ante estas eventualidades. Hablamos de supuestos como el que se plantea en el caso concreto, como son las crisis derivadas de la diabetes, aunque podríamos imaginar casos análogos.

Esa disposición preventiva de vigilancia y de apoyo ofrecida por familiares, en caso de necesidad sobrevenida, no parece por sí un elemento distorsionador de las propias actividades deportivas. Antes al contrario; supondría una garantía añadida a las tareas que, teóricamente, asumirían de manera ordinaria los técnicos encargados de la práctica deportiva.

Desde luego hay que **encontrar un espacio en el que sería posible un diálogo sobre las pautas de presencia de familiares en los supuestos en los que existiera un condicionante especial** de asistencia o de vigilancia para personas menores de edad.

Tras la intervención de la Institución, pudimos comprobar la disposición colaboradora de los gestores deportivos a partir de los fundamentos normativos que aportábamos en nuestro razonamiento, junto a la voluntad receptiva para adecuar las condiciones de acceso de las personas acompañantes. Del mismo modo, resulta especialmente interesante la disposición para considerar los casos particulares que se presentan y que merecen una cuidada decisión para compatibilizar la práctica deportiva con las mejores condiciones de seguridad e integración.

A partir de este compromiso, **los gestores del centro deportivo han dispuesto las intervenciones anunciadas que deben revertir en una mejora sustancial en sus condiciones de acogida y de servicio al conjunto de la comunidad usuaria de las instalaciones** (queja 24/5325).

Las bases de la convocatoria: pieza fundamental en los procedimientos de acceso al empleo público

El derecho a acceder en condiciones de igualdad a las funciones y cargos públicos, con los requisitos que señalen las leyes, reconocido en el artículo 23.2 de nuestra Constitución, se ha de garantizar en las bases de las convocatorias, pues estas son el instrumento que permitirá alcanzar dicho fin. Las bases deben fijar unas reglas suficientes que permitan que el proceso se desarrolle con normalidad, garantizando un **trato igualitario a todas las personas participantes**.

En este sentido nos ilustra la Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de marzo de 2022, al dictaminar que «*ciertamente la vinculación a las bases de la convocatoria, que tradicionalmente identificamos como la “ley del concurso”, tiene por finalidad impedir que las consecuencias derivadas del incumplimiento de los requisitos administrativos produzcan*



una lesión de los superiores principios de igualdad, mérito y capacidad en el acceso a la función pública (artículos 23.2 y 103 de la CE) que deben inspirar una interpretación finalista de las bases de la convocatoria, y que vinculan no sólo a los que participan en el proceso selectivo, sino también a la propia Administración».

Las bases de cualquier convocatoria de acceso a la función pública, según la doctrina jurisprudencial, son «la ley del concurso», y como tal, vinculan a todos los intervinientes, tanto a la Administración como a las personas aspirantes.

Así pues, considerado el gran alcance reconocido a las bases de una convocatoria, debemos preguntarnos sobre cuál debe ser el contenido de las mismas. Para ello, y más allá del marco constitucional referido, acudimos al Estatuto Básico del Empleado Público (en adelante, EBEP) que en su artículo 55 dispone que la administraciones públicas seleccionarán su personal mediante procedimientos en los que se garanticen - además de los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad- los principios de **transparencia y publicidad de las convocatorias y de sus bases**; la imparcialidad y profesionalidad de los miembros de los órganos de selección; la independencia y discrecionalidad técnica en la actuación de estos; la adecuación entre el contenido de los procesos selectivos y las funciones o tareas a desarrollar; y la agilidad de los procesos, sin perjuicio de la objetividad.

De acuerdo con estas indicaciones normativas, es habitual que las bases aborden los siguientes aspectos: los requisitos para la participación; la forma y los plazos de presentación de la solicitud; en los casos de concurso, definición de los méritos alegables, su baremación y su acreditación; composición de la comisión de valoración; procedimiento de exclusión, renunciaciones y desistimientos a la participación; publicidad de las distintas fases de la convocatoria; y resolución del proceso con indicación de los recursos que se puedan interponer.

Sin embargo, lo que en principio puede parecer simple se complica cuando aparecen supuestos que no encajan de modo sencillo con la literalidad de las bases, pues es obvio que estas tampoco pueden prever toda la casuística que afecta a las personas aspirantes, deviniendo en ese momento insuficientes. En estos casos, la necesaria interpretación que se haga de las mismas no puede conducir a un resultado contrario a los principios de igualdad, mérito y capacidad.

En este contexto, es indudable que en la definición del contenido de las bases, así como en la interpretación que haya de realizarse, la administración convocante posee un considerable grado de discrecionalidad, orientado a conseguir que el resultado del proceso sea el más adecuado a las necesidades que se deben satisfacer.

Acceder en condiciones de igualdad a las funciones y cargos públicos se ha de garantizar desde las bases de las convocatorias

Sin embargo, debemos apuntar que la discrecionalidad de los órganos de selección no es absoluta, de tal modo que sus decisiones pueden ser objeto de impugnación; y así lo dictamina el Tribunal Supremo, entre otras, en su sentencia de 3 de julio de 2014, al indicar que *«Una cosa es el juicio sobre cuestiones de carácter científico, artístico o técnico, no ponderables con un parámetro jurídico, y como tales no accesibles a un control jurisdiccional, que es a lo que se refiere la llamada discrecionalidad técnica; y otra muy distinta la decisión acerca del contenido y alcance de una base de la convocatoria, cuestión indiscutible de carácter jurídico, y que es la que aquí se suscita».*

En esta coyuntura, son los principios de transparencia y publicidad los que vienen a acotar la discrecionalidad administrativa, pues a través de ellos se garantizarán los de igualdad, mérito y capacidad en el acceso al empleo público. En esta línea, sirva entre otras, la Sentencia del Tribunal Supremo, de 20 de octubre de 2021.

Por último, como apunte de cierre de esta breve exposición, es pertinente referirnos a la posibilidad indirecta de impugnación de las bases con posterioridad a la celebración del proceso selectivo. Al respecto, el Tribunal Supremo en su Sentencia de 18 de octubre de 2022, confirma una doctrina, también consolidada desde hace tiempo, al señalar que *«El recurso de casación debe ser estimado ya que, en contra de lo que mantiene la sentencia impugnada, cabe cuestionar las bases que rigen el proceso selectivo, pese a no haber sido impugnadas en su momento, cuando son objeto de aplicación si esa aplicación es susceptible de entrañar la infracción de un derecho fundamental por causa de lo previsto en ellas».*

Esto supone que, cualquier infracción en una convocatoria, en la medida en que pueda afectar a un derecho fundamental, podrá ser objeto de recurso posterior por parte de cualquier persona con condición de interesada una vez finalizado el procedimiento selectivo, de manera que el hecho de no haber sido objeto de un recurso inicial no garantiza que no pueda ser impugnada y anulada posteriormente, si en vía judicial se estimara tal cualificada infracción.



El proceso de estabilización del empleo público en Andalucía

Esta Defensoría ha tenido la oportunidad de analizar muchas quejas, a lo largo de varios años, con ocasión de las convocatorias realizadas -y las no realizadas- por la Administración para la estabilización del empleo público.

El inicio de este proceso se encuentra en los Acuerdos para la mejora del Empleo Público entre sindicatos y administración firmados en marzo de 2017 y marzo de 2018. El objetivo es **reducir la alta temporalidad del sector público**, tras la fuerte presión realizada por la Unión Europea al Gobierno de España para que disminuya la temporalidad hasta un máximo del 8%.

El acuerdo indica que se deberán estabilizar plazas estructurales, ya ocupadas por empleados con vinculación temporal, con la finalidad de regular la situación de las mismas.

A estos efectos, las Leyes de Presupuestos de 2017 y 2018 habilitaron a las administraciones públicas una tasa adicional para estabilización de empleo temporal de aquellas plazas que hubieran estado ocupadas de forma temporal e ininterrumpida con anterioridad a 2014 y concedían un plazo para aprobar las Ofertas de empleo público que concluyó, tras una ampliación a consecuencia de la pandemia, en 2021. Todos estos procesos deberían estar finalizados en diciembre de 2024.

El primero de estos procesos de estabilización comenzó con la Ley 3/2017, de 27 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2017 (art. 19.Uno.6), que reguló la posibilidad de que determinadas administraciones públicas y en determinados sectores de personal, además de la tasa de reposición de efectivos prevista, pudieran disponer de una tasa adicional para la estabilización del empleo temporal. Originariamente se dispuso que dicha tasa pudiera incluir hasta el 90% de las plazas que, estando dotadas presupuestariamente, hubieran estado ocupadas de forma temporal e ininterrumpidamente, al menos, en los tres años anteriores a 31 de diciembre de 2016.

El segundo proceso llega con la Ley 6/2018, de 3 de julio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2018 (art. 19.Uno.9), que pretende la estabilización de las plazas estructurales ocupadas temporalmente con anterioridad, al menos, en los tres años anteriores a 31 de diciembre de 2017.

Ambos procesos debían ejecutarse durante los años 2018, 2019 y 2020, mediante la aprobación de las correspondientes ofertas de empleo público y sus convocatorias, que debían ser respetuosas con los principios de libre concurrencia, igualdad, mérito, capacidad y publicidad.

No obstante, antes de que finalizara el plazo para la ejecución de dichas ofertas de empleo, se aprueba un tercero y nuevo proceso de estabilización a través de la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público. Esta norma introduce dos modelos para los procesos de estabilización pendientes:

Un modelo ordinario (art. 2.4.), que contempla como sistema de selección en estos procesos el concurso-oposición, con una valoración en la fase de concurso de un cuarenta por ciento de la puntuación total, pudiendo no ser eliminatorios los ejercicios en la fase de oposición.

Un modelo excepcional (disposiciones adicionales 6ª y 8ª), en los que el sistema de selección será el concurso de méritos y que, debido al carácter extraordinario de este sistema de selección, se convocarán por las administraciones públicas una sola vez.

Como podemos observar, la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, a diferencia de los procesos derivados de las mencionadas leyes de presupuestos generales, pretende facilitar al empleado público no estable que concurra a estos procesos la consolidación de su empleo. Ello se consigue a través del sistema de selección previsto, estos son, el concurso-oposición y -excepcionalmente- el concurso, que priman la experiencia adquirida en el sector público y aminoran, e incluso suprimen, el peso de la fase de oposición.

En este contexto no han faltado denuncias desde las distintas perspectivas concurrentes, así se ha discutido sobre: el número de plazas convocadas; la falta de agilidad en la resolución de los procesos selectivos; la acreditación y baremación de los méritos alegables; la puntuación excesiva asignada al mérito de la experiencia según la administración



responsable; el respeto del principio de igualdad, que cuestionan las personas opositoras que participan sin experiencia; la constitución de las bolsas de trabajo para las personas que no hubieran superado los procesos selectivos; etc.

Por otra parte, debemos referirnos al problema que surge en aquellas administraciones, como la andaluza, que se acogieron a las tasas adicionales de reposición para la estabilización previstas en las normas presupuestarias de los años 2017 y 2018 y, en consecuencia, en julio de 2021 -en el plazo previsto- habían publicado sus correspondientes convocatorias. Por lo que, acogerse a los nuevos modelos de selección introducidos a través de la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, -indudablemente más favorables para el empleado no estable- resultaba casi imposible. El resultado inmediato fue que muchos empleados no estables, que habían participado en las convocatorias realizadas sin superarlas, veían frustrada su posibilidad de estabilización en el marco previsto por la mencionada Ley 20/2021, de 28 de diciembre.

En este escenario se aprueba el Real Decreto Ley 5/2023, de 28 de junio, en el que se abordan distintas materias, y en su artículo 217, denominado «*Garantía del derecho de acceso a los procesos derivados de la disposición adicional octava de la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas para reducir la temporalidad en el empleo público*» autoriza una tasa adicional a las Administraciones Públicas para que convoquen procesos selectivos conforme a la referida disposición adicional octava, con la finalidad de garantizar en todo el territorio el derecho de acceso a los procesos de estabilización en condiciones de igualdad. Dispone que «*El número de plazas de la tasa adicional será el equivalente a aquellas de naturaleza estructural, ocupadas de forma temporal a 30 de diciembre de 2021, por personal con una relación de esa naturaleza anterior al 1 de enero de 2016, que no hubiera superado el proceso de estabilización convocado con un sistema selectivo distinto al previsto en la disposición adicional octava de la Ley 20/2021, de 28 de diciembre*». Y añade que las ofertas de empleo público deberán estar aprobadas antes del 31 de diciembre de 2023 y sus convocatorias resueltas antes del 31 de diciembre de 2024.

En estos momentos de elaboración de este artículo, desconocemos el grado de cumplimiento de esta norma. Será a lo largo de 2025 cuando tendremos la oportunidad de saber si la apuesta por la estabilización del empleo público ha sido un éxito.

4. Eje Cultura de Paz

La buena administración: XXXVII Jornadas de Coordinación de las Defensorías del Pueblo en España

La buena administración es un concepto estudiado por las Defensorías del pueblo en las XXXVII Jornadas de Coordinación de las Defensorías que ha pasado a ocupar un pilar fundamental en nuestra labor. La buena administración es un condicionante de la efectividad del Estado de Derecho, asegurando que las Administraciones Públicas y las personas que las componen actúen con diligencia en el ejercicio de sus competencias.

El creciente interés que existe en conseguir una buena administración nace de diferentes vertientes, desde los últimos años se ha intentado estudiar el rechazo a la clásica conformación del Derecho Administrativo.

En primer lugar, dicha actitud surge del deseo de disfrutar de unas instituciones públicas fuertes en las que la ciudadanía pueda confiar. En este momento es especialmente apreciable un debilitamiento en la confianza en el funcionamiento de las administraciones alimentada por casos de corrupción y por falta de diligencia para el buen desarrollo de las funciones administrativas. La Comisión de Venecia declara la importancia del papel de la Institución en la defensa de la democracia necesaria para la supervivencia del Estado de Derecho.

El segundo motivo por el que la noción de buena administración ha pasado a ocupar un capítulo tan grande de nuestras prioridades es la necesidad de repensar el sistema tradicional. La concepción tradicional de cómo funciona el Derecho administrativo derivaba en una situación de desventaja clara en pro de la Administración, donde el ciudadano se encontraba relegado a un estado de debilidad manifiesta. En la medida que ejerce la Administración potestades públicas con la posibilidad de imponer al administrado, precisa compensar la situación de desventaja con mayor claridad y transparencia. Así, con el cambio hacia una buena administración, se trata de poner al ciudadano en el centro de las políticas públicas.



A la hora de hablar de la buena administración, es ineludible apelar al concepto de diligencia debida, que, para la jurisprudencia española y europea es un término propio del concepto de buena administración. Es decir, ambos términos son inseparables y autoexplicativos. De igual manera, la buena administración está relacionada directamente con los conceptos de eficacia y de eficiencia como principios rectores de la misma. La eficiencia entendida como la capacidad de lograr el efecto que se desea, y la eficacia consiste en lograrlo con el mínimo posible de recursos.

La buena administración engloba las actividades administrativas que se tienen como deseadas y que siguen los principios básicos de la administración (legalidad, buena fe, seguridad jurídica, proporcionalidad...)

Sin embargo, la buena administración implica unos cambios de filosofía respecto a la visión tradicional de la misma. Se acaba con la idea de la discrecionalidad administrativa para acabar con la segunda razón del rechazo al tradicional derecho administrativo. Siguiendo el propósito de situar al ciudadano en el centro, se revitaliza el procedimiento administrativo, dándole más peso a la motivación y simplificando los procedimientos. En tercer lugar, se entiende la necesidad de financiar correctamente a la Administración para que pueda ser efectiva.

El Defensor del Pueblo andaluz se caracteriza por darle una importancia sustantiva a la herramienta de la mediación. El derecho a una buena administración da la posibilidad y aconseja acudir a sistemas alternativos de resolución de conflictos y prácticas restaurativas. La experiencia obtenida a través de su puesta en práctica permite a la Institución demostrar su utilidad y beneficio a la ciudadanía y a la Administración a la hora de perseguir unas prácticas propias de la buena administración. La Constitución promulga la justicia como valor superior de nuestro ordenamiento jurídico y este es reforzado si se accede a él a través de técnicas de resolución de conflictos como la mediación.

La buena administración está relacionada directamente con la eficacia y la eficiencia como principios rectores: eficiencia entendida como la capacidad de lograr el efecto que se desea y la eficacia, en lograrlo con el mínimo posible de recursos.

El impulso a la mediación y otros métodos de solución de conflictos

Ley Orgánica sobre mejora de la eficiencia de los servicios públicos de justicia

El 2 de enero de 2025 al fin ve la luz la norma con rango de Ley Orgánica 1/2025 de 2 de enero, de medidas en materia de eficiencia del Servicio Público de Justicia, por la que se impulsa de forma decidida la **utilización de medios adecuados para solucionar controversias en vía no jurisdiccional (MASC)**, superando con ello las reticencias que en nuestro país conlleva aún el uso real de estas fórmulas no confrontativas, a pesar de que vienen demostrando de manera sostenida la meritada eficacia en los resultados obtenidos, así como la eficiencia en el uso de recursos públicos.

Ya debe superarse el manido argumento de que nuestra cultura adversarial en la gestión de conflictos no permite el despliegue de las bondades del uso de instrumentos de cultura de paz. La clave está en la consolidación de un servicio de Justicia más amplio y sostenible, basado en la capacidad de negociación entre las partes o con la intervención de un tercero, como es el caso de la conciliación o la mediación. La madurez democrática de este país merece ya ser reconocida y puesta de manifiesto con el uso de los denominados MASC, por lo que nos concierne en la institución del Defensor del Pueblo Andaluz, en relación con los conflictos que se producen entre ciudadanía y administraciones públicas en el ámbito del derecho administrativo.

Estos mecanismos, flexibles y adaptativos, están conformados por actividades negociadoras, en las que la participación de las personas es tan importante como la de sus representantes, como son los abogados. Estos son los profesionales, entre otros, llamados a aprovechar la oportunidad del diálogo y la negociación para acercar posturas, comprender y compartir los intereses comunes de ambas partes y lograr un acuerdo pacífico para solventar las controversias, dentro del marco normativo, y sin desmerecer el ámbito judicial al que siempre podrá acudir, si no existiera posibilidad de pacto y, en cumplimiento lógico de la tutela judicial efectiva que propugna nuestra Constitución española.



Amén de la negociación entre partes, los métodos a que hace referencia la ley, y que ya tienen un amplio despliegue en nuestro país, son la conciliación y la mediación, en la que esa negociación antes citada se desarrolla en un proceso ágil y flexible en el que un tercero imparcial interviene con técnicas profesionales para gestionar las controversias, coadyuvando a las partes en un entorno colaborativo.

Otros mecanismos a los que se refiere la Ley Orgánica son la opinión de persona experta independiente o la justicia restaurativa, vinculada al ámbito penal y a situaciones en las que existe un daño causado, en el cual se conjuga la presencia de una parte considerada víctima y la de la persona o personas victimarias.

La nueva norma presenta, además de la voluntad impulsora de los métodos antes citados, aspectos clave que debemos resaltar, tales como su ámbito de aplicación. En ese sentido, nuevamente el legislador se ha centrado en los asuntos civiles y mercantiles (incluidos los transfronterizos), pero sin abordar aún el ámbito penal, laboral, concursal o administrativo. Si bien excluye dichos escenarios, remitiéndose a regulación específica, por ejemplo, para los conflictos que atendemos en el Defensor del Pueblo Andaluz, en los que está involucrada una Administración Pública, no es menos cierto que la norma tiene vocación universalizadora, pretendiendo un fomento decidido a los MASC y, de seguro, será utilizada, como lo fue en la práctica, y con carácter subsidiario, en otros ámbitos, la Ley 5/2012 de 6 de julio sobre mediación de asuntos civiles y mercantiles.

La clave está en la consolidación de un servicio de Justicia más amplio y sostenible, basado en la capacidad de negociación entre las partes o con la intervención de un tercero, como es el caso de la conciliación o la mediación.

Uno de los aspectos más importantes y novedosos de la citada Ley Orgánica es el establecimiento como requisito de procedibilidad, es decir, la consideración de obligatoriedad, de acudir a un mecanismo de solución alternativa a la vía judicial, esto es, a los MASC, antes de poder presentar una demanda que inicie un procedimiento judicial. Esto es así, salvando algunas excepciones, para los asuntos civiles, por lo que siendo el derecho civil nuestro derecho común por excelencia, cabe desprenderse que el discurrir de la normativa en otros órdenes jurisdiccionales podría seguir la tendencia de establecer dicho requisito pre-procesal.

La cuestión no es baladí, por cuanto se coloca en posición relevante la máxima de dialogar antes de confrontar, y es que el diálogo se basa en colaboración y abordaje positivo, afrontando la controversia de manera reflexiva, de forma interactiva y con escucha activa, alejándose de los monólogos que desde la confrontación sistemática dibuja un procedimiento judicial, a pesar del derecho a la defensa y réplicas o contra-réplicas, que obviamente contempla nuestro ordenamiento jurídico procesal. Así, en el ámbito de la confrontación que procura el sistema judicial, nos colocamos en un escenario competitivo, en el que una parte gana y otra pierde. No existe posibilidad de alcanzar un consenso tras haberse producido una discusión con base en la cooperación y el entendimiento de los mutuos intereses de las partes. Esto solo lo promueve el ejercicio de un mecanismo alternativo, que es justo por lo que ahora aboga la Ley Orgánica, no solo dirigida a descongestionar el conocido atasco de asuntos que acumulan muchos Juzgados y Tribunales en nuestro país, ocasionado por múltiples factores, sino que tiene vocación de superar la citada confrontación, potenciando una mirada diferente, basada en la cultura de paz.

Por otra parte, la recién estrenada norma reconoce que los procesos que se desarrollen a su amparo serán siempre confidenciales, algo que conforma la columna vertebral de los procesos de mediación. Es un aspecto relevante, en la medida en que da seguridad jurídica y confianza en el proceso a las partes que negocian una posible solución, sabiendo que el resultado es incierto y que podrá saldarse con un pacto que ponga fin, en todo o en parte, a la controversia que los llevó a iniciar las conversaciones, pero que también podría terminar sin acuerdo y verse en la tesitura de optar por interponer una demanda judicial, en el legítimo ejercicio de la ya mencionada tutela judicial efectiva.

Justicia, por tanto, es lo que propugna la Ley Orgánica, ofreciendo un impulso a los MASC, tratando de lograr con las medidas que se han comentado, una vía más, una vía diferente, una vía alternativa y complementaria, una vía eficaz, en suma, para alcanzar la Justicia, sin vernos obligados necesariamente, y como única posibilidad, a litigar.

Por último, se facilita en el texto legal la utilización de herramientas digitales para el desarrollo de negociaciones, especialmente en reclamaciones de menor cuantía. Tengamos en cuenta el avance que, en la práctica de la mediación, por ejemplo, se ha venido dando a los procesos en sede telemática, que sobre todo se pusieron de manifiesto con las



dificultades generadas con la COVID-19, pero que se han afianzado y se han desarrollado técnicas y formación específica a las personas mediadoras en este sentido, permitiendo la celebración de procesos con herramientas digitales.

Reforzar la alianza con las entidades sociales en la defensa de los derechos y libertades de las personas

Relaciones de la Defensoría del Pueblo Andaluz con el tejido social: “Nosotros somos porque vosotros sois”.

En un mundo donde las desigualdades sociales y económicas siguen siendo una realidad palpable, las asociaciones dedicadas a la defensa de los derechos sociales juegan un papel crucial en la promoción de la justicia y la equidad. Estas asociaciones se han convertido muchas veces en la voz de aquellas personas que a menudo son ignoradas o marginadas.

La defensa de los derechos sociales y las libertades públicas abarca una amplia gama de temas: la salud, la vivienda digna, la igualdad de oportunidades, la defensa del medio ambiente, el acceso a una educación de calidad, etcétera. Las asociaciones surgen como respuesta a esta necesidad, trabajando para garantizar que todas las personas puedan disfrutar de sus derechos básicos.

Desde la Defensoría no tenemos ninguna duda del papel de las asociaciones del Tercer Sector en su contribución directa al bienestar y la cohesión social y su importante labor en la defensa y materialización de los derechos sociales, económicos, culturales y medioambientales de la ciudadanía. Las asociaciones y colectivos sociales desempeñan un papel fundamental en la promoción de sociedades democráticas y justas.

Somos conscientes igualmente que las asociaciones se enfrentan a numerosos desafíos. La falta de inacción, la burocracia y la inexistencia de cauces de participación y escucha dificultan su labor.

A lo largo de nuestros 40 años de existencia, esta Institución siempre ha encontrado en el ámbito asociativo un aliado para contribuir a la construcción de una sociedad que garantice los derechos de todas las personas.

Las quejas presentadas por las organizaciones sociales ante nuestra Defensoría representan un claro ejemplo de **capital social vinculante**: son expresión de la participación social ligada a la actuación política, en la medida que implica una reivindicación de derechos ciudadanos que reclaman a los poderes públicos. Por ello es necesario trabajar de forma colaborativa y mejorar la implicación de dichas asociaciones en nuestro trabajo diario.

Fruto de este compromiso del Defensor del Pueblo Andaluz con las asociaciones y colectivos sociales, el pasado 23 de Abril de 2024 y como colofón de los actos del 40 aniversario de nuestra Institución, celebramos un Encuentro con más de un centenar de colectivos sociales de todas las provincias andaluzas para mostrar nuestro compromiso de conseguir, de manera conjunta, una mejor defensa y despliegue de los derechos humanos y libertades y contribuir a que se cumpla el compromiso de **“no dejar a nadie atrás”**, así como a hacer frente a las amenazas y riesgos que, por diversos motivos, se ciernen contra estos derechos.

En el auditorio de la Fundación Cajagranada³ y ante la representación de los colectivos sociales, el Defensor del Pueblo Andaluz reconoció el trabajo del Tercer Sector en su labor diaria frente a las situaciones de injusticia y de vulneración de derechos, con soluciones nacidas desde el compromiso y la participación social, y se ofreció como un colaborador leal y a la vez crítico con la administración, *“que señala con el dedo casos que merecen ser revisados, sugiere o recomienda modificaciones en el funcionamiento administrativo e incluso impulsa el cambio de la legalidad cuando resulte preciso y necesario”*.

En este encuentro el titular de esta Institución señaló la importancia que tiene el conjunto de asociaciones que se dedican a la defensa de estos derechos: *“Vosotros sois nuestro radar para conocer qué problemas tiene la ciudadanía. Y nos proyectamos a través de vosotros. Donde vosotros no llegáis, podemos llegar nosotros, porque compartimos el mismo espíritu y las mismas inquietudes”*-

3 <https://www.defensordelpuebloandaluz.es/acto-40-aniversario-23-de-abril-2024-cajagranada-fundacion>



Entre otros compromisos para la defensa colectiva de los derechos de la ciudadanía, el Defensor subrayó la apuesta por el diálogo como instrumento de transformación social; la colaboración para posibilitar que se escuchen todas las voces y propuestas de la ciudadanía; el fomento de las alianzas que contribuyan a la consecución de los objetivos de la Agenda 2030 y, en especial, una educación orientada al cumplimiento de los derechos humanos.

También la exigencia a los poderes públicos para que pongan a las personas en el centro de las políticas públicas, especialmente a aquellas que *“se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad”*.

En el 40º aniversario de la Institución, el defensor también ha querido homenajear 6 causas que, a su juicio, necesitan una mayor atención y un mayor empuje, y se distinguió a personalidades “ejemplares” que representan la lucha y protección de estas motivaciones.

▶ **1ª causa: Protección de la infancia y adolescencia.**

RECONOCIMIENTO a María Asunción García Bonillo, presidenta de la Asociación para la Intervención y Protección de Colectivos Dependientes Inter-Prode, y a Ignacio Gómez de Terreros, con un destacado trabajo en la Fundación Gota de Leche y el Foro Profesional por la Infancia.



▶ **2ª causa: Defensa de la salud y el bienestar.**

RECONOCIMIENTO a José Ramón Molina Morón, presidente de Agrafem, la Asociación Granadina de familiares y personas con enfermedad mental



▶ **3ª causa: Trabajo a favor de los colectivos vulnerables .**

RECONOCIMIENTO a la gaditana María Luisa Campos, reconocida por su papel en distintos movimientos sociales, y al jiennense Julio Millán, presidente de Edad Dorada-Mensajeros de la Paz Andalucía.





▷ **4ª causa: Sostenibilidad ambiental y el cuidado de la tierra.**

RECONOCIMIENTO a Francisco Casero, presidente de la Fundación Savia por el Compromiso y los Valores y Ezequiel Martínez, educador ambiental y patrono de la Fundación Savia



▷ **5ª causa: No discriminación e igualdad de trato y la lucha contra el discurso de odio.**

RECONOCIMIENTO a Adela Jiménez, presidenta de Málaga Acoge, y a Natividad Bullejos, por su papel activo en el feminismo desde los años 70 al frente de la primera organización de mujeres de Granada, en Maracena



▷ **6ª causa: Defensa de la memoria democrática y los derechos humanos como sustento de una sociedad democrática libre.**

RECONOCIMIENTO a Antonio Deza Romero, de la asociación Dejados Ilorar; Carmen Sánchez Sánchez, de la Plataforma para la comisión de la Verdad y Cecilio Gordillo, coordinador del Grupo de Trabajo Recuperando la Memoria Histórica de CGT-Andalucía y coordinador de la web Todos los Nombres.



La coordinación entre administraciones, un reto para trabajar en entornos vulnerables

La propia definición de persona vulnerable conlleva la necesidad de tener en cuenta los factores que ocasionan esta situación, así como las medidas que se han de implementar para superar estas barreras. Por tanto, se ha de tener en cuenta tanto el entorno personal, familiar o relacional y socioeconómico, así como las administraciones competentes para dar soluciones a sus problemas.



En los informes anuales del Defensor que se presentan al Parlamento andaluz se viene haciendo una breve radiografía de los factores que inciden en la vulnerabilidad de una persona, entre los que se encuentra la falta de recursos económicos que le impide acceder o mantener un derecho como la vivienda, teniendo también dificultades para abonar los suministros básicos que les permite, entre otras cuestiones, mitigar las temperaturas extremas del frío y el calor.

Ya en el siglo XXI, seguimos hablando de **vivienda insegura**, un término que encierra el chabolismo, las infraviviendas -incluyendo también las verticales-, barrios degradados, etcétera. Todo ello perdura y se cronifica en el tiempo a pesar de las políticas públicas que se articulan en nuestro Estado de Bienestar.

Preguntarnos qué está fallando y qué más se puede hacer es obligado, dado que de lo contrario contribuiremos a dar la bendición a una sociedad desigual donde se desprotege a quienes ya tienen sus derechos vulnerados, así como a quienes ven tambalearse los cimientos de su seguridad.

Son muchas las estrategias que se aprueban en las distintas administraciones y entidades del tercer sector encaminadas a superar la pobreza, que está en la base de muchos de los factores que caracterizan la vulnerabilidad. Así, desde el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, se ha aprobado en 2024 la nueva Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2024-2030, con la vivienda y el desarrollo del estado de bienestar como grandes retos.

Un documento que “*pretende transformar la situación de las familias en situación de pobreza y asegurar la igualdad de oportunidades para romper la herencia negativa entre generaciones*”, procurando que los datos macroeconómicos se reflejen en las familias. Recoge acciones para asegurar recursos para las personas en situación o riesgo de pobreza, reforzar la protección social y **coordinar la acción entre administraciones**.

En Andalucía, son también varias las estrategias relacionadas con la población más vulnerable. Un ejemplo de ello es la “Estrategia Regional Andaluza para la cohesión e inclusión social. Intervención en zonas desfavorecidas” (ERACIS, en adelante) que tiene como objetivo actuar “*sobre las zonas de los pueblos y ciudades donde se registran situaciones graves de exclusión social y/o donde existen factores de riesgo (...) a fin de transformar la visión que se tiene sobre estas zonas y viceversa, de forma que se promueva la eliminación de la territorialidad como un factor de exclusión*”.

La ERACIS pone en marcha una nueva forma de intervención guiada por el **enfoque integral y comunitario**, desarrollando los objetivos y principios de la Ley de Servicios Sociales de Andalucía, **confiando en el efecto transformador de la acción conjunta** y la capacidad de intervención de un numeroso conjunto de personas cualificadas que van a actuar en las zonas desfavorecidas con esta orientación.

Por su parte la Estrategia Andaluza para la Inmigración 2021-2025: Inclusión y convivencia pretende dar una respuesta a las necesidades que Andalucía tiene ante los procesos de integración de las personas migrantes asentadas en nuestra comunidad, así como por la llegada de nuevos flujos migratorios. Retos “*que han de afrontar con la finalidad de conseguir una sociedad cohesionada en un clima de convivencia que respete la diversidad*”, y alineada a los ODS de la Agenda 2030.

Entre sus objetivos generales se encuentran el impulso de la coordinación en la gestión de las políticas públicas de la Junta de Andalucía dirigidas a la inclusión social de la población migrante en Andalucía, fortaleciendo sus estructuras, el seguimiento y evaluación de las políticas y avanzando en la cooperación entre los poderes públicos y los agentes sociales implicados.

Mencionar igualmente la I Estrategia de Atención a Personas Sin Hogar en Andalucía 2023-2026, publicada en el BOJA el 27 de diciembre de 2023. Alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, contempla 7 objetivos estratégicos a través de los cuales se pretende reducir el número de personas en sinhogarismo. Propone 20 programas en los que se agrupan 100 medidas de actuación que han de responder a modelos de intervención basados en derechos de las personas en situación de grave exclusión residencial, desde una perspectiva de las obligaciones éticas de la sociedad, las administraciones públicas, organizaciones y profesionales del ámbito de la inclusión social.

Para la implementación de esta estrategia, “*serán de especial aplicación los valores de transversalidad de género, pues en el Diagnóstico se ha puesto de manifiesto la situación de mayor vulnerabilidad de las mujeres sin hogar con respecto a los hombres, que produce una situación de desventaja, la coordinación intersectorial e interadministrativa, dada su importancia clave para la atención de las PSH y la atención integral centrada en la persona como modelo básico de intervención, regulado en la Ley 9/2016, de 27 de diciembre*”



A nivel local destacamos los Planes Locales de Intervención en Zonas Desfavorecidas, (ERASCIS) , unos documentos programáticos que, con un enfoque comunitario, sitúan la gobernanza en las Entidades locales (Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales) como vertebradoras del desarrollo comunitario. Unos planes que tendrán que **“mejorar y articular la coordinación de las diferentes Administraciones Públicas que intervienen en las zonas”**.

Dicho esto, en este año 2024 se siguen detectando que la socorrida coordinación administrativa no consigue los efectos perseguidos, dado que son numerosas las quejas y actuaciones a través de las que hemos podido conocer la falta de espacios de diálogo y mesas de trabajo que aborden diagnósticos concretos de quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad, ofreciendo soluciones compartidas o itinerarios encaminados a mejorar su vida.

Encontramos esta **falta de diálogo en actuaciones concretas con personas que van a ser desalojadas de viviendas públicas** y requieren desde que se conoce el inicio de los expedientes de desahucio, que se adopten iniciativas para propiciar una intervención coordinada con los Servicios Sociales Comunitarios de referencia y el Registro de Demandantes de Vivienda Protegida, que ayude a adoptar las medidas necesarias para paliar la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran estas familias, conforme a las competencias de cada administración.

También hemos podido conocer la **falta de impulso en actuaciones de coordinación entre administraciones en el desarrollo de los Planes Locales de Intervención (ERASCIS)** que se desarrollan en las principales barriadas de Andalucía, carentes de intervenciones de otras administraciones que acompañen los itinerarios de las personas destinatarias. Hablamos de mejoras en equipamientos de barrio, urbanismo, ajardinamiento, vivienda, etc., todas ellas competentes de órganos locales y autonómicos.

Y por último, reseñar **la necesidad de una actuación coordinada a nivel local, autonómico y nacional para abordar la erradicación de los asentamientos chabolistas de personas migrantes en las provincias de Huelva y Almería, que requieren la actuación coordinada de las tres administraciones** para programar actuaciones y dotarlas de presupuesto que permita gestionar sus Planes locales de erradicación de asentamientos a través de actuaciones encaminadas a favorecer la inclusión de las personas objeto de intervención, tal y como se contempla en el I Plan Estratégico para erradicar los asentamientos irregulares (EASEN).

Todas ellas son actuaciones que tienen su referente en la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible, en el que adquiere una especial relevancia el ODS 17 cuyo objetivo es **la coordinación y colaboración real entre administraciones para luchar contra la exclusión y conseguir cambios estructurales en las condiciones de vida de las personas que más lo necesitan. Una forma de trabajar que se ha de impulsar desde los responsables de los distintos órganos de gestión.**