

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

INFORME AL PARLAMENTO 2013

SALUD

INFORME DEL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

AL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

SOBRE LA GESTIÓN REALIZADA DURANTE 2013

Este texto es una recopilación de cuestiones relativas a la materia de Salud que se desarrollan a lo largo del Informe Anual al Parlamento de 2013. El contenido íntegro de dicho Informe se puede consultar y descargar en nuestra [página Web](#).

Andalucía 2014

ÍNDICE

SECCIÓN PRIMERA: LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS Y LIBERTADES ESTATUTARIOS Y CONSTITUCIONALES DE LAS PERSONAS A TENOR DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA.....	5
II. LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS Y LIBERTADES DE LAS PERSONAS.....	6
EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.....	6
SECCIÓN SEGUNDA: ANÁLISIS DE LAS CUESTIONES PLANTEADAS EN LAS QUEJAS.....	12
IX. SALUD.....	13
1. INTRODUCCIÓN.....	13
2. ANÁLISIS DE LAS QUEJAS ADMITIDAS A TRÁMITE.....	17
2.1. <i>Salud Pública</i>	18
2.2. <i>Atención Primaria</i>	20
2.3. <i>Atención especializada</i>	22
2.3.1. <i>Mala praxis asistencial</i>	22
2.3.2. <i>Demoras asistenciales</i>	27
2.3.3. <i>Otras</i>	39
2.4. <i>Urgencias y Emergencias</i>	39
2.5. <i>Derechos de los usuarios</i>	46
2.5.1. <i>El derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Sanitario Público</i>	46
2.5.2. <i>El derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los datos de salud</i>	60
2.5.3. <i>Derecho a realizar la declaración de voluntad vital anticipada</i>	62
2.6. <i>Centros</i>	63
2.7. <i>Farmacia</i>	66
2.8. <i>Salud Mental</i>	74
2.9. <i>Adicciones</i>	84
SECCIÓN CUARTA: QUEJAS Y NO ADMITIDAS Y SUS CAUSAS.....	95
II.- DE LAS QUEJAS RECHAZADAS Y SUS CAUSAS.....	97
1. QUEJAS ANÓNIMAS.....	97
2. FALTA DE COMPLETAR DATOS NECESARIOS.....	97
3. DUPLICIDAD.....	98
4. NO IRREGULARIDAD.....	98
5. JURÍDICO-PRIVADA.....	101
6. SIN COMPETENCIA.....	102
7. SUB-IUDICE.....	102
8. SIN INTERÉS LEGÍTIMO.....	103
9. SIN RECURRIR PREVIAMENTE A LA ADMINISTRACIÓN.....	103
10. SIN PRETENSIÓN.....	106
11. TRANSCURSO DE MÁS DE UN AÑO.....	108
12. DESISTIMIENTO.....	109
TEMAS TRATADOS EN OTRAS ÁREAS TEMÁTICAS.....	111
SECCIÓN PRIMERA: I.- EL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ ANTE LA CRISIS ECONÓMICA..	112
1.2. <i>Análisis de la situación en base a las quejas recibidas</i>	112
1.2.d. <i>Salud</i>	112
1.3. <i>Las actuaciones del Defensor del Pueblo Andaluz en relación a la crisis económica</i>	118

1.3.c. En relación con el derecho a la salud.	118
I. EMPLEO PÚBLICO, TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL	123
2.3. Personal Sanitario	123
2.3.1. Acceso, provisión, carrera.	123
2.3.2. Condiciones de trabajo.	128
V. MEDIO AMBIENTE	137
2.1.1. Contaminación acústica.....	137
2.1.1.1. Interpretación del Decreto 6/2012.....	137
2.1.1.2. Quejas que tienen su origen en el ruido generado por negocios de hostelería.....	138
2.1.1.3. Otras cuestiones relacionadas con la contaminación acústica.	154
2.1.2. Sanidad y salubridad ambiental.....	164
VI.- JUSTICIA Y PRISIONES	171
2.3.6. Asistencia sanitaria.....	171
XII.POLÍTICAS DE IGUALDAD DE GÉNERO	179
2.9. Salud.....	179
SECCIÓN TERCERA: LOS DERECHOS DE LOS MENORES.....	193
1. MENORES CON NECESIDADES ESPECIALES.....	193
OFICINA DE INFORMACIÓN	199
4. ANÁLISIS DE LAS CUESTIONES PLANTEADAS EN LAS CONSULTAS.	199

**SECCIÓN PRIMERA: LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS Y
LIBERTADES ESTATUTARIOS Y CONSTITUCIONALES DE
LAS PERSONAS A TENOR DE LA ACTUACIÓN
ADMINISTRATIVA**

II. LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS Y LIBERTADES DE LAS PERSONAS.

El derecho a la protección de la salud.

El derecho a la protección de la salud se reconoce con dicha redacción en el apartado 1 del artículo 43 de la Constitución Española, al tiempo que, el apartado 2 del mismo precepto, remite a la ley el establecimiento de los derechos y deberes de todos al respecto.

Para desarrollar el mandato realizado a los poderes públicos en orden al establecimiento de las prestaciones y servicios necesarios para organizar y tutelar la salud pública, la Ley 14/86, de 25 de Abril, General de Sanidad, configuró un Sistema Nacional de Salud, con carácter eminentemente descentralizado, en la medida en que se definía como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, eso sí, convenientemente coordinados.

Se establecían así los principios básicos que determinaban la estructura del actual Sistema Nacional de Salud, partiendo del reconocimiento del derecho a toda la ciudadanía y personas extranjeras residentes en España, aunque la extensión de la asistencia sanitaria pública a toda la población española se preveía de manera progresiva.

Mucho ha llovido desde entonces, y, en este tiempo, el desarrollo normativo se ha conducido de manera imparable, tanto en el ámbito estatal, como en los distintos ámbitos autonómicos, hasta el punto de alcanzarse un cierto rango de heterogeneidad, que ha servido de argumento para la invocación de no pocas desigualdades en razón del territorio.

Por nuestra parte, el Estatuto de Autonomía de Andalucía dedica a este derecho fundamentalmente su artículo 22. en el que tras reiterar una proclama similar a su homólogo constitucional, pasa a la enumeración directa de lo que se definen como derechos de los y las pacientes o personas usuarias, fortaleciendo de esta manera, sin lugar a dudas, la garantía de algunos que ya habían sido objeto de regulaciones de diverso nivel.

Pues bien, el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de Abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se nos ha presentado como uno de los hitos normativos de los últimos tiempos, en la medida en que incluye las claves para la reforma de un sistema cuya pervivencia, al menos en los términos en los que ahora lo conocemos, ha estado siempre en entredicho.

Y es que como hemos reiterado en múltiples ocasiones, ante una demanda potencialmente ilimitada de servicios y prestaciones, pero con un presupuesto limitado, que con la crisis se ha visto reducido, se plantea la tarea de distribuir los recursos de la mejor manera posible, para alcanzar un sistema eficaz y eficiente, en la dispensación de la atención sanitaria a la población.

Ya en el Informe Anual del año pasado nos hicimos eco de la promulgación de esta norma y de las dudas que había generado su texto, cuando no los inicios de su aplicación, sobre todo en lo referido al ámbito de la prestación farmacéutica, por lo que hace a la determinación de nuevas reglas sobre la participación de las personas usuarias en el

coste de los medicamentos, terminando con la tradicional exención de abono que acompañaba a la condición de pensionista.

Aumentado el período temporal de vigencia de dicha norma, nos detenemos a considerar globalmente sus consecuencias en los tres aspectos que a nuestro modo de ver resultan más relevantes, a saber, la determinación del ámbito subjetivo del derecho, mediante las definiciones que realiza de persona asegurada y beneficiaria; la delimitación de su contenido, con la clasificación que introduce de las distintas carteras de servicios; y la prestación farmacéutica, no solo en cuanto a la modificación de las reglas de copago, sino por lo que hace a otras medidas destinadas a la racionalización del gasto.

Asegurado y beneficiario.

La titularidad del derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud, se define por la inclusión en alguno de los supuestos que permiten ser considerado como persona asegurada o beneficiaria.

La terminología empleada ya suscitaba dudas, pues la configuración del Sistema Nacional de Salud pretendía superar la concepción de la asistencia sanitaria como prestación, de la Seguridad Social, no pudiendo negarse la evidente vinculación de aquella con esta última.

Sobre la doble naturaleza de la asistencia sanitaria que viene perviviendo en nuestro sistema, y las consecuencias que de ello se desprenden en el ejercicio cotidiano del derecho, hemos tenido ocasión de detenernos en alguna de nuestras Resoluciones, emitida en supuestos de liquidación de gastos por el coste de la asistencia, al considerar que el receptor de la misma no ostentaba el derecho referido.

Así, hemos analizado cómo se ha ido ampliando sucesivamente el ámbito de cobertura del derecho desde un punto de vista formal, hasta llegar a alcanzar un porcentaje elevado de la población, lo que no evitaba que permanecieran colectivos excluidos. Al mismo tiempo, sin embargo, se arbitran mecanismos para dar cobertura de facto a quienes habían salido del sistema de la Seguridad Social, por ejemplo porque tras quedar desempleados, habían agotado las prestaciones.

La Ley 33/2011, de 4 de Octubre, General de Salud Pública, introdujo una medida específica de extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en el territorio nacional, a quienes no pudiera serle reconocido por otras vías, con mención expresa de las personas que agotaran la prestación o el subsidio de desempleo, con lo que parecía culminarse la evolución mencionada.

Lejos de desvincular la asistencia sanitaria pública del sistema de la Seguridad Social, el texto del Real Decreto Ley 16/2012, de Abril, no viene sino a reforzar su relación, y en cierta medida supone una regresión en el proceso al que hacíamos referencia. De esta manera, la gestión relacionada con el reconocimiento, modificaciones y extinción del derecho, continúa residenciada en la Administración de la Seguridad Social (INSS), y la comprobación de su titularidad, y los datos relacionados con el tipo de aseguramiento y el grupo de clasificación a efectos de copago, se suministran por aquella, circunstancia que ha dado lugar a un conflicto de competencias con las Comunidades Autónomas a la hora de resolver las reclamaciones que se han venido produciendo por razón de estos aspectos.

Al margen de la contradicción que provoca esta situación, hemos de reconocer que se ha clarificado el ámbito subjetivo del derecho, y que se ha consagrado la universalidad del mismo, pues junto al reconocimiento como personas aseguradas de quienes agoten la prestación o el subsidio de desempleo y figuren como demandantes de empleo, se asigna la misma condición a los españoles y extranjeros que residan legalmente en España, cuando no cumplan criterios para acceder por otra vía, y no tengan ingresos superiores a 100.000 euros al año.

A tenor de lo expuesto, se resuelve la situación de las personas descendientes a cargo de personas aseguradas, que pierden la condición de beneficiarias de las mismas cuando alcanzan los 26 años, subsistiendo exclusivamente la exclusión, aunque parcial, de las personas inmigrantes que no tengan una autorización de residencia.

Este aspecto ha hecho surgir la voz de alarma en todos los sectores, tanto profesionales, como de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en este ámbito, así como de muchas Comunidades Autónomas, que se han posicionado en contra de una medida que consideran insolidaria y discriminatoria, y han adoptado iniciativas para continuar atendiendo a este colectivo en las mismas condiciones que antes de la reforma, a lo que se añade en algunos casos también, la interposición de recurso de inconstitucionalidad contra la norma, que han sido admitidos a trámite.

Por lo que hace al territorio de nuestra Comunidad Autónoma, contábamos con mecanismos específicamente establecidos mediante convenio, que llevaban a proporcionar una amplia atención sanitaria a este colectivo, incluso obviando la exigencia formal del empadronamiento.

Preocupados por la situación, tratamos de conocer el patrón de actuación de la Administración Sanitaria Andaluza, la cual se ha pronunciado abiertamente a favor de seguir dispensando a estas personas la asistencia sanitaria con total normalidad, y otorgar plena vigencia a los documentos de reconocimiento de la asistencia sanitaria emitidos.

En este marco de actuación, hemos podido acceder al contenido de las Instrucciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS, que han sido remitidas a todos los dispositivos del Sistema Sanitario Público de Andalucía, con el fin de garantizar el derecho a la asistencia sanitaria a las personas extranjeras que residen irregularmente en Andalucía y carecen de recursos, adjuntándose a las mismas el anexo del procedimiento que para el reconocimiento del derecho, debe seguirse en los centros de atención primaria.

Ello no impide sin embargo, que en la práctica cotidiana se sucedan inconvenientes burocráticos o formales que a veces retrasan el acceso a la asistencia de quienes se encuentran en estas circunstancias, y que resultan imputables al desconocimiento o la descoordinación del personal de los referidos centros de atención primaria, lo que nos viene obligando a intervenir, congratulándonos con la posibilidad de contar con las referidas Instrucciones para esgrimir las como parámetro de actuación, y valorar posibles incumplimientos.

Cartera de Servicios.

El ámbito objetivo del derecho a la asistencia sanitaria pública viene constituido por la cartera de servicios, que determina el campo de lo dispensable dentro del sistema. El

Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, sustituyó en este cometido al Real Decreto 63/95, de 20 de Enero, configurando el contenido de la prestación en sus distintos ámbitos: salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos, y transporte sanitario.

El cometido de dicha norma es el establecimiento de una cartera de servicios comunes, en cuyo acceso debe satisfacerse el principio de igualdad dentro del territorio nacional, sin perjuicio de que las Comunidades Autónomas puedan diseñar su cartera de servicios complementaria, la cual requiere la aportación de los recursos adicionales que se hagan necesarios.

La definición de las prestaciones, aún cuando en esta norma haya alcanzado mayor desarrollo, no puede dejar de considerarse genérica en muchos aspectos, pues resultaría absolutamente imposible, a la par que ineficaz, definir todos los procedimientos o técnicas que puedan ser proporcionadas en el marco de un proceso asistencial. Esta circunstancia sin embargo no ayuda a aclarar las dudas en relación con la cobertura de los tratamientos más novedosos, sobre todo, cuando además tampoco es que se haya hecho uso con profusión del procedimiento previsto para la actualización de la cartera de servicios.

Pues bien, el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de Abril, también incide directamente en esta cuestión, e introduce modificaciones sustanciales del panorama preexistente, manteniendo la vigencia del Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, solo en tanto en cuanto no se elabore la normativa de desarrollo de la nueva cartera común de servicios prevista en el primero.

El modelo establecido parte de una sectorización de prestaciones a las que atribuye regímenes distintos, con relevancia fundamentalmente en materia de financiación, en la medida en que con excepción de la cartera común básica, existe una previsión de copago en el acceso a las mismas.

Ciertamente, la cartera común básica incluye las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como el transporte sanitario urgente, quedando fuera de la misma las prestaciones de farmacia, ortoprótesis y productos dietéticos (cartera de servicios suplementaria), y las que se incluyen en la cartera de servicios accesoria, a la que de igual modo se añaden las que conforman la cartera complementaria de las Comunidades Autónomas.

En este tiempo, se han sucedido las propuestas de desarrollo normativo en relación con las prestaciones que integran las distintas subcarteras, generándose el debate subsiguiente por la cuestión del copago, y los precios que se han barajado, por ejemplo en relación con el transporte sanitario no urgente.

Por ahora sin embargo, la materialización de estas medidas dista mucho de ser una realidad, y en algunas incluso, se evidencia una decidida marcha atrás desde los posicionamientos iniciales.

En concreto, hemos podido acceder a un proyecto de Orden que desarrolla la cartera común básica, y que se ocupa de los temas que han sido priorizados por el grupo de trabajo que a tal fin se ha constituido en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que no son otros que el cribado de enfermedades en fase presintomática, la genética y la reproducción asistida.

Prevé modificaciones del Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, para determinar con claridad los programas de cribado neonatal, y los de cribado de cáncer (mama, colorectal y cérvix); los supuestos de consejo y análisis genético, y las condiciones para la prestación de las distintas técnicas de reproducción asistida, generalizando la posibilidad del diagnóstico genético preimplantacional.

De la misma manera se contabiliza un proyecto de Orden por la que se modifica la cartera común suplementaria de prestación con productos dietéticos y las bases para la inclusión de los alimentos dietéticos para usos médicos especiales, en la oferta de productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud y para el establecimiento de los importes máximos de financiación; así como otro proyecto de Orden para establecer la aportación del usuario en lo que hace a dichos productos, a las que se une el proyecto de Orden por la que se definen la cartera común suplementaria de transporte sanitario no urgente.

Ahora bien por las últimas noticias a las que hemos podido acceder que citan fuentes del Ministerio de Sanidad, los responsables del mismo estarían dispuestos a renunciar al establecimiento de copagos en materia de prótesis, productos dietéticos y transporte sanitario no urgente, al parecer por causa de la mejora de la coyuntura económica, y a la vista del ahorro que han supuesto las medidas de copago farmacéutico.

Hay quien señala al informe del Consejo de Estado, que cuestiona el ahorro que habría de suponer el copago en transporte sanitario, teniendo en cuenta el coste que implica el establecimiento de un sistema de cobro a los pacientes, como responsable último de esta decisión. Sea cual sea la causa no podemos sino dar la bienvenida a este cambio de opinión que evita mayores perjuicios al bolsillo de los ciudadanos y ciudadanas.

Prestación Farmacéutica.

La modificación del régimen de aportación de la persona usuaria al pago de los medicamentos que se llevó a cabo por la norma que consideramos, no solo se ha visto discutida y envuelta en polémica, sino que ha generado dificultades interpretativas y conflictos competenciales que han redundado en perjuicio de aquel, más allá del incremento de la aportación, o del sustancial cambio introducido en relación con los y las pensionistas.

A estas cuestiones nos referimos sin embargo en el capítulo correspondiente de la sección segunda de este Informe, así como el apartado de esta misma sección en el que se analizan las consecuencias de la crisis económica.

Pero el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de Abril, incide también en un proceso que se inició ya desde tiempo atrás y que persigue la racionalización del gasto farmacéutico. En este orden de cosas solo apuntamos dos precisiones.

Y es que queremos reflejar el establecimiento de mecanismos específicos de compra que se justifican en el ahorro a la hora de adquirir medicamentos y productos sanitarios de uso común en los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Así desde hace tiempo viene funcionando la central logística de compras, en el ámbito provincial, y últimamente se ha incorporado la denominada subasta de medicamentos, con la que se pretende seleccionar mediante convocatoria pública una parte de los medicamentos que se dispensan a través de los establecimientos farmacéuticos, y que ha

generado una importante controversia entre los gobiernos central y autonómico, trasladada también al ámbito judicial.

Por lo que hace a las compras centralizadas, algunos usuarios nos han hecho partícipes de su descontento cuando han detectado que dicha metodología obviaba productos que venían utilizando con asiduidad, y que aparecían sustituidos por otros que consideraban menos apropiados, o de inferior calidad.

Pero el conflicto principal se ha producido en torno al acuerdo marco para la selección de principios activos para determinadas indicaciones terapéuticas, fundamentalmente por lo que hace a la definición de alternativas terapéuticas equivalentes, y la exclusión que de esta manera se entiende que se produce, al seleccionar un solo principio activo, de gran parte del abanico terapéutico.

Permaneceremos sin duda atentos a la evolución de este asunto.

SECCIÓN SEGUNDA: ANÁLISIS DE LAS CUESTIONES PLANTEADAS EN LAS QUEJAS

IX. SALUD.

1. Introducción.

Nos parece obligado comenzar este apartado introductorio del capítulo destinado al ámbito de la salud, dando cuenta de la elaboración por parte de esta Institución del Informe Especial sobre “*La situación de los enfermos mentales en Andalucía*”, que fue presentado en el Parlamento durante el pasado ejercicio.

Damos respuesta así a una aspiración largamente sentida, al tiempo que cumplimos el compromiso adquirido con estos enfermos y sus familiares, con los profesionales y el movimiento asociativo, para dar a conocer nuestro análisis sobre la atención sanitaria y social que reciben las personas que padecen trastornos mentales, un colectivo que en la medida que padece una patología psiquiátrica grave y carece de un entorno social favorable, plantea la necesidad de un abordaje clínico y social que resulta extraordinariamente complejo.

Desde el principio de nuestra actividad como Comisionado Autonómico para la defensa de los derechos fundamentales de los ciudadanos, hemos estado en contacto con la sufrida realidad de estos enfermos y sus familias, hemos conocido los avatares que han afectado a la atención sanitaria y social que se les dispensa, y hemos reclamado en muchas ocasiones la implementación de los medios disponibles para favorecer su asistencia y tratamiento, con el fin de incidir en la mejoría de su estado de salud.

Partiendo de dicho bagaje, y reconociendo el esfuerzo de los poderes públicos para desarrollar los postulados de la reforma psiquiátrica en nuestro territorio, tenemos que reseñar también las carencias, principalmente vinculadas a la red de recursos, por la insuficiencia de dispositivos sanitarios y sociales, sobre todo en lo que hace a estructuras de carácter intermedio.

El análisis que realizamos en el Informe aludido, se justifica más si cabe en estos momentos de crisis económica, pues la relación entre la misma y la salud mental es bidireccional, de manera que la crisis incide negativamente en la salud, pero los problemas en este ámbito también tienen repercusión en el desarrollo económico de los países de nuestro entorno, por lo que cobran singular importancia los recortes presupuestarios en el gasto sanitario y social, y, en concreto, en este ámbito con la regresión a la que se ha sometido a la denominada Ley de Dependencia, que está dificultando el acceso de estos enfermos a los distintos recursos sociales.

En definitiva, mediante este Informe no hacemos sino una llamada de atención sobre un grave problema que padece un importante sector de la población y que aún está lejos de haber sido resuelto por parte de los poderes públicos, y demandamos del Parlamento que conforme un nuevo pacto por la mejora de la atención a las personas con trastornos mentales.

En otro orden de cosas, queremos destacar el debate sobre el modelo de gestión sanitaria, pues aunque no es nuevo, sin lugar a dudas se ha visto agitado durante el último año por algunas iniciativas institucionales a nivel autonómico. Nos referimos al proyecto de externalización de gestión de varios hospitales auspiciado por el gobierno

autonómico madrileño, al que se unía la de varios centros de salud por parte de sociedades formadas por profesionales.

La controversia generada a raíz de esta decisión, incardinada en un plan concebido para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público, y justificada por la búsqueda de una utilización racional de los recursos, ha trascendido del ámbito meramente autonómico, dando lugar a una discusión global, con importante repercusión en los medios de comunicación.

La medida ha concitado el rechazo de un número significativo de profesionales, entre ellos muchos responsables de unidades, y otro tanto de ciudadanos, que han desarrollado múltiples acciones de protesta, que han acompañado la presentación de recursos en el ámbito judicial, lo que en última instancia, a la vista de la suspensión acordada en esta sede, ha llevado a los responsables políticos a dar marcha atrás en esta iniciativa, sin que los tribunales se hayan pronunciado sobre el fondo del asunto.

Las aguas vuelven a su cauce, pero sin lugar a dudas no será la última vez que se barajen formas alternativas de gestión de la sanidad pública, y se discuta el papel que en la prestación de la asistencia corresponde a la iniciativa privada, presente en mayor o menor nivel, en todo el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Al lado de estos aspectos destacados, las novedades normativas de cada sector de la actuación administrativa, también forman parte del contenido habitual de este apartado introductorio. Ya en el texto dedicado, dentro de esta sección, a analizar las repercusiones de la crisis económica, y en lo relativo al derecho a la protección de la salud, hemos aludido a la Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, por la que se procede a modificar las condiciones de financiación de los medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS mediante la asignación de aportación de usuario.

Dicha resolución establece el que se ha venido en llamar copago hospitalario, extendiendo el régimen de aportación de los usuarios previsto para los medicamentos que se dispensan ambulatoriamente a través de oficinas de farmacia, a aquellos fármacos que, sin ser calificados como de uso hospitalario, se dispensan en los servicios de farmacia hospitalaria, aunque eso sí, se les ha considerado de aportación reducida.

En la actualidad, y a la vista del rechazo suscitado por esta medida, la misma no se viene aplicando, y ha sido recurrida en vía judicial, mientras que algunas Comunidades Autónomas están planteándose diversas fórmulas que permitan costear este nuevo concepto, sin necesidad de que repercuta sobre los usuarios.

Dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía también cabe resaltar la publicación del IV Plan Andaluz de Salud, continuando así una trayectoria de la Administración Sanitaria Andaluza, que ha venido precedida por otros tres instrumentos planificadores de carácter global, y que presenta acciones multisectoriales encaminadas a la consecución de sus objetivos, entre los que singularmente destaca el dirigido a la reducción de las desigualdades en salud.

En último término, y con carácter previo al análisis de las quejas que se incorporan a este apartado, tenemos que reseñar que las actuaciones de las

Administraciones Públicas que tomamos en consideración en las mismas aparecen indisolublemente unidas a la protección de la salud de los ciudadanos, por lo que lejos de repercusiones exclusivamente administrativas, económicas o patrimoniales, las reivindicaciones que incorporan las quejas referidas nos trasladan a la defensa de un bien esencial.

El compromiso para la salud, e incluso la vida de las personas, se convierte en un plus de exigencia de nuestra labor supervisora, traduciéndose en una dificultad añadida para la determinación de criterios y posicionamientos de esta Institución, que tratamos de no perder de vista en ningún momento de nuestra intervención, dentro de las naturales limitaciones impuestas por el marco de nuestras competencias y los medios puestos a nuestra disposición.

A lo largo del tiempo y a tenor de la experiencia atesorada en la tramitación de las quejas, hemos organizado nuestra tarea en diversos epígrafes, la mayoría de los cuales se repiten anualmente, sin perjuicio de que las circunstancias concretas nos puedan llevar a destacar nuevos apartados, a refundir algunos, o a suprimir otros.

En todo caso, siempre vamos a encontrar quejas que en sus formulaciones cuestionan aspectos de un determinado proceso asistencial, por lo que los capítulos dedicados a los tres ámbitos asistenciales más frecuentes en los que se desarrolla la atención sanitaria (atención primaria, atención especializada y atención de urgencias) son una constante en nuestra exposición.

Generalmente también aludimos a la problemática que haya podido suscitarse en el campo de la salud pública, el funcionamiento de los centros sanitarios, y la especialísima prestación farmacéutica, por supuesto sin olvidar la garantía de la satisfacción de los derechos que se han reconocido a los pacientes con carácter específico, en los términos y condiciones previstos en las normas que los ha desarrollado, la mención particular que llevamos a cabo de la situación de los enfermos mentales, y este año como novedad, incluimos en este apartado la labor desarrollada en materia de drogas y adicciones, que con anterioridad se incluía en el capítulo dedicado a “Dependencia y Servicios Sociales”.

A continuación, y como contenido obligado de este apartado introductorio, se destacan las resoluciones de esta Institución que no han obtenido una respuesta colaboradora de las Administraciones Públicas a las que se les ha dirigido, de acuerdo a lo establecido en el artículo 29.1 de nuestra Ley reguladora:

- Resolución relativa a “Falta de respuesta a reclamación, demora en la asistencia y falta de información sobre el diagnóstico”, dirigida a la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, en la **queja 12/54**.

- Resolución relativa a “Suspensión de plazo de garantía de respuesta para intervención quirúrgica por reevaluación clínica inexistente”, dirigida a la Dirección Gerencia del Hospital Torrecárdenas, en la **queja 12/5542**.

- Resolución relativa a “Espera desde 2007 una intervención quirúrgica”, dirigida a la Dirección Gerencia del Hospital Reina Sofía, en la **queja 13/957**.

- Resolución relativa a “Cita demorada para especialista traumatólogo”, dirigida a la Dirección Gerencia del Hospital Virgen de la Victoria, en la **queja 12/3006**.

- Resolución relativa a “Facturación de asistencia sanitaria y farmacéutica de cuatro años a afiliado de Muface”, dirigida a la Dirección Gerencia del Hospital Virgen del Rocío, en la **queja 11/1594**.

En cuanto a las resoluciones emitidas que por el contrario se han asumido favorablemente por la Administración implicada, cabría citar las siguientes:

- Resolución relativa a “Comparecencia múltiple en urgencias del Hospital y no le diagnostican una grave dolencia”, dirigida a la Dirección Gerencia del Hospital de Valme en la **queja 12/5763**.

- Resoluciones relativas a “Error en el diagnóstico prenatal y otras incidencias retrasan el aborto”, dirigida a las Direcciones Gerencia de los Hospitales Torrecárdenas y Regional de Málaga, en la **queja 12/6200**.

- Resolución relativa a “Demora en diagnóstico y comunicación a la paciente”, dirigida a la Dirección Gerencia del Hospital de Valme”, en la **queja 12/6391**.

- Resolución relativa a “Demora en el diagnóstico de la dolencia de cadera de su padre”, dirigida a la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, en la **queja 12/3426**.

- Resolución relativa a “Acude médico de urgencias sin oxígeno y su madre fallece a los quince minutos”, dirigida a la Dirección Gerencia del Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada, en la **queja 11/699**.

- Resoluciones relativas a “Teléfono de emergencias 112 para asistencia sanitaria urgente de afiliados a mutualidades”, dirigidas a la Dirección Gerencia de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias y la Dirección General de Interior, Emergencia y Protección Civil de la Consejería de Justicia e Interior, en la **queja 12/3632**.

- Resolución relativa a “Irregularidades en la notificación de citación para la UVMI”, dirigida a la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Jaén, en la **queja 11/2283**.

- Resolución relativa a “Facturación de asistencia sanitaria a inmigrante por falta de título acreditativo del derecho”, dirigida a la Dirección Gerencia del Hospital Virgen del Rocío, en la **queja 13/882**.

- Resolución relativa a “Posibilidad de vacunación en centro distinto al que pertenece el facultativo médico”, dirigida a la Dirección del centro de salud de Vélez Málaga, en la **queja 13/148**.

- Resolución relativa a “Incremento de plantilla de enfermeros en atención primaria en la provincia de Córdoba”, dirigida a la Delegación Provincia de Salud en Córdoba, en la **queja 10/1989**.

Por último, y por lo que hace a las quejas impulsadas de oficio durante el pasado ejercicio sobre la materia que nos atañe en este capítulo, son las siguientes:

- **Queja 13/823**, dirigida a la Dirección Gerencia del Hospital Virgen Macarena, sobre “Supresión de asistencia psicológica a enfermas de cáncer”.

- **Queja 13/824**, dirigida a la Dirección Gerencia del Hospital Virgen de la Victoria, sobre “Pérdida de la visión de una persona enferma mental a resultas del ataque de un compañero de habitación”.

- **Queja 13/1732**, dirigida a la Dirección de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental de Valme, sobre “Fallecimiento de tres miembros de una familia a manos de un hijo enfermo esquizofrénico”.

- **Queja 13/1930**, dirigida a la Dirección Gerencia del Hospital Regional de Málaga, sobre “Nuevo caso de Klebsiella siembra el temor en el Hospital Carlos Haya”.

- **Queja 13/2086**, dirigida a la Dirección Gerencia del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar, sobre “Cierre definitivo de Unidad de Cuidados Paliativos en Algeciras”.

- **Queja 13/2789**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS, sobre “Acceso a documentación clínica de sus hijos menores de edad, por parte de titulares de la patria potestad que no ostentan la custodia”.

- **Queja 13/3484**, dirigida a la Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias, sobre “Situación de los Centros de Día Públicos de Atención a las Drogodependencias”.

- **Queja 13/4184**, dirigida a la Delegaciones Territoriales de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, sobre “Liquidación de servicios de atención temprana a los usuarios de centros privados subvencionados”.

- **Queja 13/5628**, dirigida a la Dirección Gerencia del Hospital Virgen del Rocío, y al Centro de Acogida Municipal (albergue) del Ayuntamiento de Sevilla, sobre “Fallecimiento de un joven en el albergue municipal”.

- **Queja 13/5699**, dirigida a la Dirección Gerencia del Hospital de Valme, sobre “Saturación de urgencias”.

2. Análisis de las quejas admitidas a trámite.

Una vez expuestos los datos a los que antes nos referíamos, vamos a iniciar el relato de las actuaciones practicadas en relación con las quejas que han sido admitidas a trámite, agrupándolas en torno a los epígrafes que hemos enumerado, tratando de dar fiel cuenta de las cuestiones que se suscitan con más frecuencia ante esta Institución, de la respuesta obtenida en estos casos de la Administración interviniente, y de los posicionamientos elaborados para tratar de dar respuesta a las cuestiones más preocupantes desde el punto de vista del derecho a la protección de la salud en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma.

2. 1. Salud Pública.

En este apartado, tradicionalmente aludimos a la problemática sanitaria que se impregna de un matiz colectivo, no en vano la Salud Pública se define como «un conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad y proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo, y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales» (artículo 1 de la Ley 33/2011, de 4 de Octubre, General de Salud Pública), o bien como «el esfuerzo organizado por la sociedad para proteger y promover la salud de las personas y para prevenir la enfermedad mediante acciones colectivas» (artículo 2 de la Ley 16/2001, de 23 de Diciembre, de Salud Pública de Andalucía).

No resulta extraño, por tanto, que nos hagamos eco de la aparición de enfermedades que pueden originar brotes epidémicos con riesgo elevado para la salud colectiva. Por eso, durante el pasado ejercicio, y a la vista de diversas noticias aparecidas en medios de prensa escrita, decidimos la apertura de sendos expedientes de queja de oficio (**queja 13/1931** y **Asunto General 13/192**), cuando tuvimos conocimiento de la aparición de casos de Klebsiella en dos hospitales de nuestro sistema sanitario público. En uno de los hospitales se había detectado un caso, aunque se aludía a la existencia de un brote en el año anterior, mientras que en el otro, se referían dos, centrados en la unidad de neonatología, con fallecimiento de una niña prematura.

Antes que nada nos gustaría dejar constancia de que la incoación de expedientes de oficio en estos casos se proyecta hacia la comprobación de que por parte de las autoridades sanitarias se adoptan las medidas oportunas para atajarlos y evitar la propagación del agente infeccioso, minimizando sus consecuencias.

En los informes recibidos de ambos centros se nos da cuenta de las acciones realizadas de carácter organizativo, de vigilancia epidemiológica, medidas para prevenir la transmisión, y actividades de información, entre las que destacan las específicamente dirigidas a los profesionales, todas ellas adaptadas a las recomendaciones establecidas en el Protocolo para la investigación y control de brotes nosocomiales de Klebsiella Pneumoniae productora de betalactamasa de espectro extendido, de la Consejería de Salud.

Además se nos ofrecen datos relacionados con la prevalencia de la infección en los hospitales andaluces, y se alude a la dificultad para predecir la evolución de este microorganismo, aunque se avanza que la tendencia es que aumente su frecuencia en los próximos años.

Teniendo en cuenta lo expuesto, y una vez comprobado el desarrollo de las actuaciones pertinentes para hacer frente a la infección detectada, decidimos concluir nuestras actuaciones en ambos expedientes.

También suscita nuestra atención, en este caso dentro de las acciones de naturaleza preventiva, las relacionadas con la vacunación, y resulta obligado dar cuenta del cierre durante este ejercicio de dos expedientes que se iniciaron de oficio durante 2012 (**queja 12/6693** y **queja 12/6694**), alusivos a un posible desabastecimiento de vacunas de la gripe en dos provincias andaluzas. Cuestionadas al respecto las Delegaciones Territoriales de la entonces Consejería de Salud y Bienestar Social, nos indicaron que se habían

inmovilizado unidades siguiendo las determinaciones adoptadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, pero que únicamente existió indisponibilidad en algunos centros de forma puntual, y se resolvió redistribuyendo las vacunas entre los Distritos, de manera que incluso si por este motivo alguien no pudo vacunarse, se le ofrecía la posibilidad de hacerlo, porque la campaña de vacunación no tiene fecha concreta de cierre, ante lo cual consideramos que el asunto planteado se había solucionado.

En este mismo ámbito se han formulado quejas puntuales por falta de existencias de vacuna antirrábica en los hospitales de Cádiz (**queja 12/4510**), o por negativa a suministrar vacuna contra la bronquiolitis a un niño prematuro (**queja 13/6184**), que aún se encuentra pendiente de recepción del informe.

El riesgo para la salud pública también se esgrime por algunos ciudadanos ante las condiciones que revisten determinados lugares de uso común o particular, demandando en estos casos la intervención de los Ayuntamientos, para que en el ejercicio de las competencias que ostentan en esta materia, realicen actuaciones para comprobar la concurrencia de aquel y, en su caso, exijan de la titularidad de los inmuebles afectados la práctica de las acciones necesarias para hacer que el riesgo desaparezca, o bien en el supuesto de no ser atendidos en este requerimiento, ejecutar subsidiariamente dichas acciones a su costa.

En la **queja 13/664** y la **queja 13/3792** sin embargo, hemos observado discrepancia en cuanto a las actuaciones municipales ante problemas similares en viviendas particulares. En la primera, un ciudadano nos explicaba que había demandado la intervención del Ayuntamiento para que acreditara que su vivienda no se encontraba en condiciones de salubridad pública por humedades atribuibles a causas de las que era responsable la comunidad de propietarios, y acudía a nosotros para que el citado ente local diera cumplimiento a los requerimientos efectuados a esta última para que acometiera las obras necesarias para solventar dicha problemática, así como que iniciara expediente sancionador. En el otro expediente se suscita una situación similar, pues la interesada y otros vecinos de una misma urbanización comparten problemas de humedades en sus viviendas unifamiliares, que según los informes elaborados por técnicos de entidades aseguradoras privadas, traen causa de una vivienda concreta.

Ahora bien, mientras que en el primer caso los técnicos del Ayuntamiento informaron de que las humedades aludidas podían ser perjudiciales para la salud del propietario, requiriendo a continuación a la comunidad de propietarios para que hiciera las reparaciones oportunas, en el segundo, el Ayuntamiento vino a considerar que se trataba de un conflicto entre particulares que no afectaba al interés público por el que aquel debe velar, considerando que las viviendas no presentaban unas condiciones higiénico-sanitarias que legitimaran su intervención por razones de interés público.

A la vista de la similitud de los problemas y de la diversidad de respuestas que los mismos han tenido por parte de dos Ayuntamientos distintos de nuestra Comunidad Autónoma, decidimos cuestionar a la Secretaría General de Salud Pública, Inclusión Social y Calidad de Vida en relación con el contenido y alcance de la competencia que la Ley 2/1998 de 15 de Junio, de Salud de Andalucía atribuye a los municipios sobre «control sanitario en edificios y lugares de vivienda y convivencia humana».

El informe que nos ha remitido dicho Organismo afirma la competencia de los Ayuntamientos para la vigilancia y control de los riesgos que pudieran derivarse de una

situación de insalubridad de una vivienda de su municipio, y la adopción de las medidas tendentes a la eliminación de los riesgos para la salud, cuando determine o sospeche razonablemente la existencia de alguno inminente y extraordinario. No obstante, en la medida en que la determinación de las condiciones que debe presentar una vivienda para la acreditación de dicho riesgo también corresponde al Ayuntamiento, consideramos que pueden ocasionarse situaciones como las descritas, y por ello pensamos en la necesidad de insistir ante la Administración Sanitaria sobre dichas condiciones, y fundamentalmente pedirle que se pronuncie en cuanto a la posibilidad de apreciación de insalubridad en viviendas particulares cuando se produce una afectación exclusiva para sus habitantes.

2. 2. Atención Primaria.

Representa el primer nivel de la atención de la salud, y se proporciona a través de diversos dispositivos que resultan de acceso directo para la población, con la pretensión de dispensación de una asistencia sanitaria básica e integral. En el contacto directo de los ciudadanos con los profesionales llamados a atenderles en los centros de salud, surgen innumerables conflictos de muy variada naturaleza, que a veces no exceden del ámbito de los comportamientos interpersonales, y en otros casos tienen incidencia significativa en cuanto al contenido de la prestación.

En todo caso, las formulaciones que nos llegan desde la ciudadanía respecto del funcionamiento de los centros de salud y la acción de sus profesionales, obedece a una variada casuística, que resulta difícil de sistematizar: errores en las citaciones, descortesía en el trato, falta de atención a la demanda concreta de asistencia, negativa al desplazamiento a domicilio, falta de cobertura de vacantes, descontento con la atención de la enfermería domiciliaria...

Por mencionar aspectos que puedan haber tenido una mayor incidencia, tendríamos que reflejar necesariamente la discrepancia con la reducción en las pautas de dispensación, mediante receta del médico de atención primaria, tanto de las tiras reactivas para el análisis de la glucosa en pacientes diabéticos, como de los absorbentes de incontinencia urinaria, en atención a los criterios que en ambos casos vienen establecidos como parámetro general para los pacientes que precisan de estos artículos. Desde esta Institución venimos intentando que, aún partiendo de dichos parámetros, la receta tenga en cuenta las características individuales de los pacientes, y trate de adaptarse a las mismas, atendiendo adecuadamente los casos en los que dichas características exigen un número de unidades mayor del establecido.

El ejercicio del derecho a la libre elección de médico general y pediatra, también es el origen a veces de problemas relacionados con la determinación del centro responsable de otras actuaciones sanitarias que no se han visto afectadas por la elección, en el marco de la cartera de servicios de los dispositivos de este nivel, singularmente la atención de enfermería. Así, el año pasado nos detuvimos en la consideración del centro de salud al que un ciudadano podía acudir para la vacunación de su hijo, pues una vez que había ejercido la libre elección para un pediatra de otro centro distinto, aunque dentro de la misma Zona Básica de Salud, pretendía que aquella se llevara a cabo en el que le correspondía por razón del domicilio, siéndole negada dicha posibilidad desde la dirección de este último.

Atendiendo a la disposición adicional primera de la Orden de 9 de Junio de 1999 por la que se regula el procedimiento de libre elección y se establecen las normas de asignación de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía, la

aceptación de la solicitud de elección de médico general o pediatra conlleva la adscripción del peticionario al centro de salud de su nuevo facultativo para las actuaciones asistenciales de base organizativa individual, mientras que las que responden a un criterio organizativo territorial o comunitario habrían de proporcionársele desde el centro de salud que le corresponda por razón del domicilio. Lo que ocurre es que la tarea de dilucidar si la asistencia de enfermería demandada por el usuario se corresponde con uno u otro modelo organizativo de las prestaciones de la cartera de servicios de atención primaria no resulta fácil.

A nuestro modo de ver, la excepción referida se extiende claramente a los avisos domiciliarios y otros aspectos de la atención de las personas a domicilio (atención a personas inmovilizadas y al alta hospitalaria); la asistencia a personas residentes en Instituciones; y otras actividades que se encuadran dentro de lo que aquélla define como área de atención a la comunidad, quizás las actuaciones en las que interviene la enfermería de familia y de enlace (atención a cuidadores de personas dependientes, ...), pero en modo alguno pensamos que la misma alcance a consultas de enfermería cuyo modus operandi es bastante similar al de las consultas de los facultativos, y su estructura de funcionamiento no se puede considerar de base territorial o comunitaria.

Pensamos que no existen parámetros claros que favorezcan la consideración de la actividad de vacunación en uno u otro de los grupos que estamos barajando, a efectos de definir qué centro de salud vendría en principio llamado a proporcionar esta actividad. Sin embargo, partiendo de esta indefinición principal, consideramos que hay dos aspectos que apoyan nuestro posicionamiento favorable a que se facilite la vacunación del hijo del interesado en el centro de salud más próximo a su domicilio: por un lado, las razones absolutamente particulares que llevan al interesado a elegir pediatra en otro centro, fundamentadas en la buena relación médico-paciente establecidas con dicho profesional, lo cual no debería ocasionarle la molestia que entraña el desplazamiento cuando la asistencia que se pretende no procede de dicho facultativo; y por otro, y como segundo argumento de peso, nos encontramos con que, las citas del programa de vacunas son ciertamente escasas, y muy inferiores en número a las necesarias para el resto de actividades, por lo que la distorsión ocasionada por la dispensación en casos como el que consideramos ha de ser necesariamente episódica, y la incidencia en cuanto a la asignación y organización de recursos forzosamente mínima.

De ahí que en la **queja 13/148** concluyéramos elevando a la Dirección del centro de salud correspondiente una **Sugerencia** para que se facilitara al hijo del interesado la prestación sanitaria consistente en la administración de vacunas conforme al calendario oficial, y se procediera asimismo respecto de quienes correspondiéndoles ese centro por razón del domicilio, así lo deseen, con independencia de que hayan ejercido la opción de libre elección de pediatra para otro centro de la zona básica de salud.

La respuesta administrativa compartió nuestras dudas en cuanto a la determinación de la naturaleza individual o comunitaria de la actividad de vacunación, aunque reclamó para esta última más carga de trabajo que la asignada desde esta Institución, señalando que la misma va más allá del acto de administrar la vacuna en sí misma.

No obstante, en la medida en que se ofrecía la posibilidad de analizar de nuevo individualmente el caso del interesado, y suponiendo idéntica predisposición respecto de quienes se encontraran en la misma situación y ejercieran una petición similar, vinimos a

considerar que se habían aceptado los términos de nuestra resolución, y dimos por concluidas nuestras actuaciones en este expediente.

2. 3. Atención especializada.

Según dispone el Anexo III del R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, «la atención especializada comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de las enfermedades, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel», garantizando «la continuidad de la atención integral al paciente una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse a dicho nivel».

Habitualmente, dentro de este apartado hacemos referencia a dos aspectos fundamentales: las denuncias relacionadas con la práctica asistencial, que ponen en entredicho el ajuste de la misma a la “lex artis”, imputando resultados dañosos a actuaciones sanitarias que se estiman negligentes, y las vinculadas con la demora en la práctica de las distintas actividades asistenciales que se prescriben en el marco de un determinado proceso asistencial, fundamentalmente la que acompaña a intervenciones quirúrgicas, pero sin olvidar la relativa a pruebas diagnósticas o a la atención en consultas. Al lado de estos dos bloques principales también se nos trasladan múltiples incidencias que se producen en el seno de este nivel asistencial, con relevancia para el proceso que se desarrolla en el mismo.

2. 3. 1. Mala praxis asistencial.

Cuando se suscitan ante esta Institución quejas que ponen de relieve supuestos de presunta mala praxis, nos apresuramos a poner en conocimiento de sus promotores las posibilidades de intervención que el Defensor del Pueblo Andaluz detenta, pues la determinación de aquella exige la valoración del ajuste de las actuaciones practicadas a la lex artis aplicable al caso concreto, y para ello se precisa la previa fijación de esta última y la posterior realización de un ejercicio de comparación, para lo cual se hace necesaria la emisión de dictámenes y pruebas que esta Institución no puede llevar a cabo.

Por eso y en primer lugar, advertimos a los afectados de los procedimientos administrativos y judiciales que pueden formular, y fundamentalmente los remitimos a la iniciación de un expediente de responsabilidad patrimonial, indicándoles sus presupuestos, y requisitos, y el plazo en el que pueden llevarlo a cabo, con el objeto de que dicha posibilidad no prescriba en el transcurso de la tramitación de la queja.

Por nuestra parte, les explicamos que desde esta Institución podemos incidir para que se inicie una investigación interna sobre lo sucedido, que concluya incrementando la información de los interesados en torno a lo sucedido. Por otro lado, y al margen de la eventual relación de causalidad entre la acción u omisión administrativa y el resultado dañoso producido, tratamos de detectar si han existido déficits organizativos o funcionales, que puedan ser objeto de recomendaciones o sugerencias para su subsanación.

En algunas ocasiones, sin embargo, no se presentan cuestiones conexas a las exclusivamente técnicas que constituyen el objeto de la queja, por lo que no tenemos más

remedio que concluir el expediente confiando en que la tramitación del mismo al menos haya contribuido a aclarar las dudas que los interesados pudieran mantener en relación con lo sucedido a sus familiares o allegados. En este sentido, procedimos en el pasado ejercicio con la **queja 13/1550**, en la que la interesada denunciaba la atención proporcionada a su hermano, el cual estaba inicialmente afectado de patología oncológica en una sola cuerda vocal, y sin embargo acabó falleciendo, pensando aquella que este desenlace se podía haber evitado de haberle practicado una laringectomía; en la **queja 12/2009**, donde la interesada cuestionaba distintos episodios del proceso asistencial que desembocó en el fallecimiento de su marido, planteándose el conflicto fundamentalmente por la retirada de un medicamento con carácter previo a la intervención, y la posible incidencia de esta medida, así como la que hubieran podido tener los traslados a planta y de unidad dentro de la UCI; o en la **queja 13/17**, en la que el interesado sostiene que se dio el alta a su esposa de manera precipitada cuando acudió a urgencias, mientras que se mantenía la sintomatología que motivó su comparecencia, lo que la llevó a regresar al hospital en un corto espacio de tiempo, alcanzando el mismo en estado de coma.

En ciertos casos, como en la **queja 12/6984**, en la que se examinaba otra denuncia por mala praxis que culmina en el fallecimiento del paciente, aunque tras el análisis de todos los datos recabados nos gane la conclusión de que no ha existido ninguna actuación asistencial que haya podido tener una repercusión negativa en el curso evolutivo de la enfermedad; sin embargo pensamos que se han podido descuidar otros aspectos que han provocado la desazón del paciente y sus familiares, y sobre los mismos hacemos hincapié ante el centro hospitalario.

En último término se nos trasladan situaciones, cuya evaluación a la luz de la información que se reúne en el expediente de queja, y como ya hemos indicado, al margen de juicios sobre la existencia de mala praxis, permiten realizar algún tipo de pronunciamiento, buscando que por la Administración Sanitaria, significativamente los centros hospitalarios en los que se desarrolla el procedimiento asistencial en cuestión, adopten medidas que eviten que se repitan casos similares en el futuro.

Nos detenemos por ello en la **queja 12/5763**, en la que el interesado narra las comparecencias de su hija en el servicio de urgencias de un centro hospitalario, sin que por parte del mismo se le detecte una grave dolencia. En concreto, se nos dice que la paciente compareció en tres ocasiones en el espacio de un mes en dicho servicio y que en todos los casos fue alta con recomendación de ser atendida en consulta de digestivo, hasta que la insistencia del dolor la llevó a un centro sanitario privado en el que, solo cuatro días después de su última visita a urgencias, le diagnosticaron peritonitis causada por un tumor que había afectado al apéndice, ocasionándose perforación del intestino grueso. En este estado tuvo que ser intervenida en tres ocasiones con la pérdida de parte de los intestinos grueso y delgado, así como del colon izquierdo, extirpación del 50% de la vejiga, útero y ovarios, con raspado de la musculatura de la pared, estimando el interesado que estas consecuencias representadas por las zonas necrosadas que debieron ser extirpadas, podían haberse evitado si a su hija le hubieran practicado una simple ecografía de la fosa ilíaca derecha.

El informe recibido del centro hospitalario en el trámite de esta queja, confirmó las comparecencias de la hija del interesado en urgencias por cuadro de dolor abdominal de un mes y medio de evolución en la primera visita, explicando que en las distintas visitas se practicaron exploraciones y varias baterías analíticas que en ningún momento arrojaron resultados que hicieran sospechar el cuadro que realmente presentaba la paciente. En este sentido, resaltaban que las exploraciones no mostraban signos de alarma propios de la

patología abdominal urgente, y que las analíticas fueron rigurosamente normales, y señalaban que en la primera visita se realizó ecografía ginecológica, ciertamente centrada en útero u anejos, pero que no se apreció líquido libre, que hubiera hecho sospechar de la existencia de infección-inflamación intraabdominal.

Manténía por ello el hospital que la actuación para con la paciente se ajustó en todo momento a los protocolos establecidos en el hospital y por las sociedades científicas para esta patología, según los cuales no está indicada la realización de pruebas distintas a las practicadas, como pudiera ser la ecografía de forma urgente, sino que lo que procede es la remisión del paciente a consulta de aparato digestivo de la forma más precoz posible, para hacer un estudio detallado del cuadro, tal y como se llevó a cabo en este caso, estableciéndose la cita para 40 días después de la fecha de la primera visita.

Por último, aseveraba que los tumores abdominales presentan en muchas ocasiones poca sintomatología, por lo que su detección obedece a la aparición de complicaciones, tal y como había ocurrido en el caso que nos ocupa.

Nos parece interesante reproducir a continuación las reflexiones que incorporamos a la resolución emitida en el seno de este expediente, pues ya en diversas ocasiones nos hemos visto obligados a reiterarnos en consideraciones similares, sobre todo en las denuncias de mala praxis que se producen en el marco de actuación de los servicios de urgencia hospitalarios:

“Pues bien para llevar a cabo nuestra labor partíamos del desconocimiento de algunos datos que se nos antojaban importantes, pues a la vista de la evolución de la dolencia de la hija del interesado, la cual en su primera visita ya databa de mes y medio atrás, hubiera sido interesante conocer si había existido algún otro contacto asistencial previo, principalmente con su médico de atención primaria, y las actuaciones que se hubieran llevado a cabo en este ámbito asistencial; o bien si la comparecencia en urgencias fue la primera demanda de atención por el motivo del dolor abdominal que presentaba la paciente, y la elección del dispositivo de atención urgente obedeció precisamente a la reiteración y a la intensidad que dicho dolor presentaba.

Lo que si parece claro es que la citación para la consulta de especialista de digestivo no se produce hasta que acude a urgencias, y aunque nos asaltan dudas sobre si la misma provenía del ámbito de atención primaria, al que el interesado manifiesta que su hija fue remitida con este fin; o bien se tramitó desde el mismo hospital, a resultas de la primera comparecencia de urgencias; sabemos que se señaló para 40 días después de esta.

En el lapso de tiempo de un mes, y siempre antes de la cita fijada para la consulta del especialista, la paciente acude en tres ocasiones a urgencias del centro, y en ninguna de ellas se detectan signos de alarma de patología abdominal que determinen la necesidad de una actuación urgente, pero solo cuatro días después de la última visita se le diagnostica de peritonitis en un centro privado.

El hospital manifiesta la adecuación de su actuación a los protocolos existentes, y la innecesariedad de practicar pruebas añadidas como la ecografía, cuando no existen signos de alarma que evidencien una situación de urgencia,

afirmando que en el caso que consideramos esos signos no existían, y que no es excepcional la detección de los tumores en esta localización cuando aparecen complicaciones como las sobrevenidas a la paciente.

Ciertamente en el Proceso Asistencial Integrado Dolor Abdominal (Introducción) se afirma que este síntoma tiene un carácter plurietiológico, pues se vincula a una gran variedad de causas con distintos rangos de gravedad, pero igualmente se reconoce la posibilidad de que el retraso diagnóstico de la causa subyacente puede provocar la muerte o dejar graves secuelas, por lo que una de las justificaciones de dicho proceso asistencial es precisamente la de instrumentar el abordaje de las actuaciones y procedimientos precisos para evitar los circuitos habituales, que provocan a los pacientes retrasos injustificados, con incertidumbres y riesgos, significando además que el dolor abdominal constituye uno de los síndromes más habituales que ponen a prueba la calidad y efectividad de los servicios de urgencias.

Cuando la demanda de atención se produce a través de un servicio de urgencias hospitalario, el aludido proceso asistencial contempla la realización de una evaluación inicial de la gravedad o urgencia, con tratamiento del dolor y decisión del destino. Tras la misma prevé la posibilidad de que se dé el alta siempre que el proceso se haya resuelto, o bien no se precise atención especializada, realizando en este caso un informe clínico que contemple la evaluación, resultados de las pruebas, juicio diagnóstico y recomendaciones terapéuticas. En todo caso se recoge que se debe garantizar que se han realizado todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos adecuados para evitar que el paciente reconsulte en las 72 horas siguientes con un cuadro de dolor abdominal de carácter grave, permitiendo que se proceda a ampliar la evaluación si tras la valoración inicial no queda suficientemente clara la naturaleza del proceso.

Siguiendo estas pautas y atendiendo a los protocolos y guías de práctica clínica, la interesada es dada de alta en las tres ocasiones considerando que el dolor abdominal que presenta no tiene signos de gravedad ni precisa atención urgente, y confiando en que el diagnóstico de su causa de produzca en el marco de un proceso asistencial ordinario en consultas externas de atención especializada.

La realidad sin embargo se muestra bien distinta a los juicios emitidos en los informes de asistencia en urgencias, pues aún desconociendo si la paciente llegó a presentar en algún momento, incluso el día que le practicaron la ecografía, síntomas de abdomen agudo, lo cierto es que el dolor que presentaba, contrariamente a lo señalado, sí revestía carácter grave, y de hecho determinó la necesidad de intervención urgente.

Somos conscientes de que la atención urgente se define por la presencia de situaciones clínicas que determinen la necesidad de atención sanitaria inmediata, por mucho que la realidad de la atención que se dispensa en los servicios de urgencia hospitalarios se aleje en muchos casos de esta premisa. Pero ello no significa que aquella vaya exclusivamente dedicada a solventar la

situación de crisis sanitaria, de manera que se configure como una prestación ajena a la labor de diagnóstico.

No sabemos cómo evolucionó la enfermedad desde la primera comparecencia a la tercera, un mes más tarde, pero es lógico suponer que en esta última, acaecida cuatro días antes de la práctica de la ecografía, la paciente presentaba circunstancias similares a la que determinaron el diagnóstico alcanzado con aquella.

Desde esta Institución no vamos a negar la importancia de los protocolos o guías de práctica clínica como criterios rectores y homogeneizadores de la asistencia, articulados en beneficio de la misma, pero no podemos compartir una aplicación restrictiva de los mismos en circunstancias como las que analizamos.

Es verdad que las sucesivas visitas de la paciente no pueden ser consideradas reconsultas, a tenor de lo antes referido, porque no se producen en el plazo señalado de 72 horas, pero no podemos obviar que aquella demandó asistencia reiterada en un período relativamente breve, que el proceso no se solventó en ningún momento, puesto que el dolor se mantuvo y probablemente se intensificó, llegando a ser calificado por el interesado como “insoportable”, y que la posibilidad de determinar su causa a través de un procedimiento reglado en consultas externas de atención especializada aparecía diferida en el tiempo.

En este estado de cosas cabe afirmar que el juicio diagnóstico efectuado desde los servicios de urgencia de ese centro hospitalario fue erróneo, y que aún incluso si en la consideración de los tres episodios por separado no aparecían síntomas suficientes para pensar en apartarse de la calificación del dolor realizado, el mero hecho de la reiteración y el mantenimiento de la sintomatología durante tantos días constituían motivo suficiente para al menos ampliar el campo de pruebas diagnósticas a realizar, pues como se demostró con posterioridad la mera práctica de un procedimiento nada invasivo como es la ecografía hubiera permitido alertar sobre otras posibilidades de diagnóstico con tiempo suficiente para intentar otras alternativas terapéuticas.

Como ya hemos reseñado no tenemos medios para dilucidar si un diagnóstico más temprano hubiera evitado las consecuencias perjudiciales para la interesada añadidas al diagnóstico tumoral, y provocadas por la perforación intestinal, pero no nos parece lícita la resignación en estos casos ante la dificultad del diagnóstico y la aplicación restrictiva de los protocolos, pues pensamos que aquel no ha de pender exclusivamente de la aparición de complicaciones de extrema gravedad, sino que es preciso interpretar los indicios concurrentes, al menos para incrementar el esfuerzo, intensificando la vigilancia sobre el paciente y ampliando el espectro de pruebas a realizar.

No resulta infrecuente que los profesionales de un servicio de urgencias hospitalario se vean obligados a atender durante sus jornadas de guardia a un elevado número de pacientes con patologías banales, o que en otros muchos casos este dispositivo constituya la puerta de entrada al sistema de quien no puede o no quiere esperar los plazos que impone la dinámica de funcionamiento del mismo. Dejando aparte los cuestionamientos que nos puedan generar estas

situaciones, lo que sin duda cabe esperar de un servicio de cuidados críticos y urgencias hospitalario es que atienda urgencias de suma gravedad.

Resulta constatable que algunas requieren de un alto índice de sospecha para el establecimiento de un diagnóstico rápido y exacto. Sin embargo estimamos que este riesgo potencial de atención primera de patologías de alta gravedad debe repercutir en que los servicios de urgencias hospitalarios mantengan un plus de anticipación en cuanto a su diagnóstico, incrementándose la disponibilidad para la realización de las pruebas diagnósticas que se hagan precisas si existen dudas.

Entendemos que es preciso romper la inercia de actuación de muchos centros, para conseguir una alerta generalizada en orden al diagnóstico de afecciones infrecuentes a la par que muy graves, tratando de evitar que su descubrimiento obedezca en muchos casos a una mera cuestión de azar, en el que intervienen variables diversas”.

Finalizamos la resolución elevando a la Dirección Gerencia del hospital implicado las siguientes **Recomendaciones**:

“1.- Que en el servicio de cuidados críticos y urgencias del hospital se mantenga un alto índice de sospecha ante la posible presencia de enfermedades de naturaleza muy grave, en las que el retraso en el diagnóstico puede resultar fatal, atendiendo a los protocolos e incluso anticipándose razonablemente a sus pautas, con el despliegue de los medios que se hagan necesarios para alcanzar aquél.

2.- Que se impartan instrucciones para la valoración de la demanda reiterada de asistencia en un breve plazo de tiempo, como indicio añadido que, ante la falta de resolución del proceso y la persistencia o intensificación de la sintomatología, conduzca a la práctica de pruebas diagnósticas más efectivas”.

Por su parte el hospital aceptó completamente las mismas, y nos indicó que tras informar de nuestras actuaciones a los servicios implicados (urgencias y cirugía general), se habían adoptado diversas medidas para darles cumplimiento, las cuales se cifraban en recordar al personal facultativo del servicio de urgencias los protocolos existentes para el manejo del dolor abdominal, presentación del caso en sesión clínica de cirugía general para repasar las actuaciones, y recordar las normas existentes en cuanto a los pacientes que consulten varias veces en urgencias por el mismo motivo.

2. 3. 2. Demoras asistenciales.

Representa, sin lugar a dudas, uno de los capítulos fundamentales de nuestro ejercicio de dación de cuentas en el ámbito sanitario, en la medida en que los tiempos de respuesta asistencial constituyen uno de los indicadores más relevantes para medir el estado de situación del funcionamiento de cualquier sistema sanitario, sobre todo a partir de la fijación de plazos de garantía que se regulan a favor de los ciudadanos y ciudadanas y que habilitan en caso de superación, para demandar la atención de que se trate en el ámbito asistencial privado.

Y es que desde que se inició el período de crisis económica en el que actualmente nos encontramos, venimos recibiendo frecuentemente escritos de queja por medio de los cuales se ponen de manifiesto deficiencias o demoras asistenciales que se vienen achacando a los recortes motivados por aquella, algunos de los cuales vienen representados por demoras en intervenciones quirúrgicas, primeras consultas de especialidades, o procedimientos diagnósticos, que vienen cubiertos por la garantía de plazo máximo que se regula en la normativa autonómica correspondiente.

Por ello finalizando el año 2012, decidimos iniciar un expediente de **queja de oficio 12/7198**, que por su tardía fecha no llegó a reflejarse en el Informe del año pasado, con el fin de valorar la incidencia de los aludidos recortes en el incremento de los tiempos de respuesta asistencial.

Así requerimos a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS que especificara los tiempos de respuesta para intervenciones quirúrgicas sujetas a garantía, primeras consultas de especialidades y procedimientos diagnósticos correspondientes a los ejercicios 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, y, en la medida de lo posible, los datos con que se contaran relativos al ejercicio de 2012.

Desde dicho ente directivo se nos respondió reconociendo la dificultad que entraña la situación actual, pero al mismo tiempo negando que se estuvieran produciendo los perjuicios denunciados, por el esfuerzo desarrollado desde todos los ámbitos para aumentar la eficiencia de las unidades y mejorar el funcionamiento de los servicios.

Por lo que hace a los datos suministrados sobre intervenciones quirúrgicas, lo cierto es que los mismos revelaban una disminución constante del tiempo medio de espera para las mismas, que a mediados de 2012 se situaba en 54 días. También se ofrecía información sobre los tiempos que rigen las consultas externas y los procedimientos diagnósticos, que igualmente habían descendido desde el momento en que se fija el inicio del período de cómputo, que coincide con el principio de la crisis (año 2007) hasta mediados de 2012, cifrándose el primero en 40 días, y el segundo en 19.

Sobre los tiempos de espera quirúrgica, el servicio público de salud reconoció que mientras un par de años antes no existían pacientes que hubieran superado el plazo de garantía, a mediados de 2012 se contabilizaban 358, aunque por lo visto solo uno mantenía la garantía y no hizo uso de la misma.

A nuestro modo de ver, y a la vista de los datos numéricos que maneja la Administración Sanitaria, nada se podía objetar a los mismos, lo que no nos impidió hacer hincapié en algunos aspectos que pueden relativizar esta información e introducir ciertos interrogantes en el carácter absoluto con el que los números se nos presentan.

Por un lado, tenemos necesariamente que considerar que los mismos reflejan tiempos medios, lo que permite vislumbrar que junto a actuaciones sanitarias que se desarrollan con agilidad, conviven otras que rozan el límite temporal, y que incluso, como la misma Administración reconoce, lo sobrepasan.

Además, es preciso traer a colación toda la actividad quirúrgica que no está sometida a garantía de plazo, la cual ciertamente no viene referida a los procedimientos más habituales, pero no por ello deja de tener relevancia y resulta necesaria para el

paciente. En estos casos, dada la prioridad que se da a los procedimientos cubiertos con la garantía, y a la patología tumoral, los tiempos de espera pueden superar varios años.

Tampoco podemos perder de vista que la prescripción quirúrgica no deja de ser el último eslabón del proceso de diagnóstico, y aunque la garantía para las primeras consultas de especialidades y procedimientos diagnósticos representa sin lugar a dudas un paso importante para agilizar aquel, la experiencia que tenemos de nuestra labor ordinaria es que dicho proceso puede llegar a eternizarse por la demora en consultas de recogida de resultados, señaladas frecuentemente a mucha distancia temporal de la realización de la prueba, o de las (mal llamadas) consultas de revisión, cuando la patología determina derivación sucesiva a unidades especializadas dentro del servicio o unidad de gestión clínica. De ahí que la reducción del tiempo invertido en la primera atención de especialista o la práctica de las pruebas, apenas resulte significativa en el cómputo global del proceso de diagnóstico en su conjunto.

Por último, también quisiéramos mencionar los casos en los que estando próximo el cumplimiento del plazo se suspende el mismo por reevaluación clínica no siempre justificada, y mucho menos comunicada al interesado.

Todas estas situaciones vienen motivando pronunciamientos de esta Institución, y a efectos meramente ejemplificativos de cada una de ellas no nos resistimos a trasladar parte de nuestras resoluciones, adentrándonos en las concretas situaciones contempladas en la **queja 13/957**, **queja 12/3006**, **queja 12/3426**, así como la **queja 12/5542**.

Así en la **queja 13/957** la interesada esgrimía estar afectada por unos bultos de grasa en las piernas que debían ser objeto de intervención quirúrgica, tras valoración por el especialista en cirugía plástica y reparadora, para lo cual fue incluida en el registro de demanda quirúrgica nada menos que en octubre de 2007, encontrándose desde entonces a la espera de ser sometida a la operación.

Al parecer, en este tiempo había reclamado verbalmente en varias ocasiones, y formalmente en el libro de sugerencias y reclamaciones, recibiendo siempre como contestación que había otros casos más urgentes que el suyo.

Aunque comprensiva con dicha argumentación, la interesada estimaba que el tiempo que lleva esperando resultaba excesivo, teniendo en cuenta la incomodidad que le genera su problema, por lo que solicitaba revisión de su caso y fijación de la fecha de intervención a la mayor brevedad.

El hospital afectado alegó que la dolencia de la interesada, diagnosticada como "*enfermedad hipertrófica y atrófica de la piel*", precisaba como procedimiento más probable a llevar a cabo el de "*operación plástica de reducción de tamaño*", el cual no se encuentra garantizado por el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, posteriormente desarrollado por la Orden de 25 de septiembre de 2002, por lo que aunque afirmaba la intención de agilizar el proceso en la medida de lo posible, añadía que teniendo en cuenta los recursos de los que disponen, han de priorizar las patologías más graves.

Partíamos por tanto de que la interesada venía afectada por un padecimiento para el cual le habían prescrito una intervención quirúrgica, pero por la priorización de actuaciones que impone la habitual limitación de los recursos, y que conlleva que se

intervengan con carácter previo las patologías más graves, se encontraba a la espera de la operación por un tiempo que alcanzaba ya los cinco años y medio, situación que motivó nuestras consideraciones del siguiente tenor:

“Dos argumentos se esgrimen para justificar por el hospital la evidente inactividad en este caso, pues por un lado se refiere que el procedimiento quirúrgico en cuestión «no se encuentra garantizado por el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía», mientras que por otro se menciona que «se hace necesario priorizar las patologías más graves»”.

Comenzando por este segundo aspecto nos vemos obligados a destacar que ciertamente la patología que afecta a la interesada no reviste carácter de gravedad, lo que no significa que no le ocasione importante malestar.

La cirugía reparadora y estética es una prestación incorporada a la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público con indudables matices, pues lógicamente no se extiende a las intervenciones que pudieran considerarse meramente estéticas, y en muchos casos es preciso deslindar y decidir sobre su dispensación. Con claridad aparecía excluida de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en el anexo III del R.D. 63/95, de 20 de enero, salvo aquella que guardase relación con accidente, enfermedad o malformación congénita. Con posterioridad el R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, insiste en la exclusión de aquella de las técnicas, tecnologías o procedimientos que no guarden relación con los aspectos anteriormente mencionados.

Dada la dificultad que en algunos casos genera la diferenciación entre la cirugía reparadora que resulta incluida en las prestaciones del Sistema, y la que queda fuera del mismo por considerarse esencialmente estética, desde las instancias superiores de la Administración Sanitaria se han establecido una serie de criterios delimitadores, que sirven como orientación para los facultativos.

Suponemos que con arreglo a los mismos, la unidad de cirugía plástica y reparadora del hospital, que ha revisado a la interesada en diversas ocasiones, planteó la necesidad de que aquella fuera intervenida quirúrgicamente como opción terapéutica ante el padecimiento que le afecta.

La prescripción quirúrgica existe como tal y se ha cursado conforme al procedimiento establecido, y, por lo tanto, debe ser satisfecha para dar cumplimiento al contenido concreto del derecho a la protección de la salud que en este caso asiste a la interesada.

Por otro lado, resulta comprensible que la programación quirúrgica del centro priorice las patologías más graves, de hecho somos conscientes de que muchas intervenciones se practican por causa de urgencia, y otras se anticipan lo más posible por la implicación directa que su retraso puede ocasionar en el desarrollo de las enfermedades que las justifican, hasta el punto de suponer un riesgo importante para la salud y la vida de las personas.

Junto a ello, y en cumplimiento del mandato establecido en la Ley 2/98, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía (artículo 6.1 m), por el que se reconoce el derecho de los ciudadanos respecto de los servicios sanitarios públicos de Andalucía, a que se les garantice en nuestro ámbito territorial el acceso a las prestaciones sanitarias en un tiempo máximo, en la forma que reglamentariamente se determine; se ha articulado una garantía que conlleva la obligación de practicar un número importante de intervenciones quirúrgicas, (que se corresponden con los procedimientos más habituales) en el marco de plazos máximos de 120 ó 180 días.

Con posterioridad, la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía, ha elevado el rango de dicha determinación, al reconocer el derecho de los pacientes y usuarios del Sistema Sanitario Público Andaluz, a la garantía de un tiempo máximo para el acceso a los servicios y tratamientos.

Ahora bien, aunque no pueda resultar extraño que los recursos disponibles se apliquen mayormente a la intervención de patologías graves y urgentes, así como a la realización de procesos amparados por la garantía antes indicada, ello no quiere decir que los demás procesos quirúrgicos puedan demorarse sine die.

La intervención que necesita la interesada no es urgente, y tampoco viene cubierta por la garantía que representa el límite temporal prefijado, pero ello no obsta para que deba producirse dentro de un tiempo que pueda entenderse razonable en el marco del proceso asistencial en cuestión.

Y es que de operar una priorización absoluta de los procedimientos quirúrgicos más graves junto a los que están cubiertos por la garantía de plazo, el resto de las intervenciones estarían permanentemente relegadas, hasta el punto de que nunca se llevarían a cabo, pues en buena lógica siempre va a existir demanda para la práctica de las que se incluyen en los dos primeros grupos.

Durante mucho tiempo en el que ante esta Institución se reproducían las quejas sobre lo dilatado de las listas de espera, fundamentalmente quirúrgicas, para múltiples intervenciones (cataratas, escoliosis, prótesis de cadera, ...) y aún sin tener estándares de referencia sobre lo que podíamos considerar plazos apropiados para las mismas, vinimos a posicionarnos considerando comprensibles determinadas demoras para acceder a las prestaciones sanitarias no urgentes, en el marco de un sistema presidido por los principios de universalidad y gratuidad, aunque estimando también que las mismas no son concebibles si superan unos límites tolerables médica y personalmente, en cuyo caso se produce una verdadera desasistencia.

Ahora que contamos con los plazos de garantía de respuesta para intervenciones quirúrgicas como elementos de referencia de lo que puede entenderse como una demora razonable, pensamos que la espera por un tiempo como el que ha permanecido la interesada, (recordemos que va más allá de los cinco años), más que una suspensión del derecho a la asistencia sanitaria reconocido en el artículo 43 de nuestra Constitución, que toda lista de espera

entraña, constituye una auténtica trasgresión del derecho que hemos mencionado, pues la demora en estos casos lo que pone de relieve es la falta de soporte estructural apropiado para llevarla a cabo”.

En esta tesitura emitimos a la Dirección Gerencia del centro hospitalario en cuestión **Recordatorio** por considerar incumplido el artículo 43.1 de la Constitución Española, y las **Recomendaciones** que transcribimos a continuación:

“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 artículo 43 de la Constitución.

Que se establezcan mecanismos que permitan compaginar las intervenciones para padecimientos graves y las cubiertas con garantía de plazo, con el resto de procedimientos quirúrgicos, de manera que aunque se prioricen las dos primeras, se afronte la práctica de las segundas en términos razonables.

Que se proceda a la mayor brevedad a la intervención quirúrgica de la interesada”.

El hospital en su contestación nos comunicó que la interesada aún tenía delante de ella 29 pacientes, por lo que calculaba que se harían precisos quince meses para que pudiera ser operada.

En esta Institución en ningún caso pedíamos que se privilegiara su situación respecto de la del resto de ciudadanos que la antecedían en el orden establecido, a la par que comprendíamos las limitaciones que venían impuestas al centro en orden a incrementar los medios personales y materiales que permitieran paliar esta situación, pero al mismo tiempo reclamábamos de aquel que fuera consciente de que la problemática que la interesada había puesto en conocimiento de esta Institución era absolutamente merecedora de nuestro amparo, teniendo en cuenta que le asiste un derecho a la prestación sanitaria que se demoraba por más de cinco años, y que lejos de anunciarse su pronta resolución, tenía previsto retrasarse aún quince meses más.

De ahí que en la medida en que pensamos que no se anunciaban iniciativas que permitieran minorar los perjuicios que para la interesada, y otros usuarios que se encontraban en su misma situación, se estaban derivando del estado de cosas que se había puesto de manifiesto, no podíamos considerar que se hubieran aceptado los términos de nuestra Resolución.

La **queja 12/3006** y la **queja 12/3426**, a diferencia de la anterior, inciden en la demora para consultas de especialidades, de forma que en estos casos, y aún cuando se respeten los plazos establecidos para las primeras consultas de especialistas, ponen en evidencia cómo los plazos subsiguientes a las mismas, para las distintas consultas sucesivas, retrasan decisivamente el diagnóstico o la actitud terapéutica.

En la primera de ellas, el interesado nos contaba que había sido derivado por especialista traumatólogo para ser examinado por la unidad de miembro superior de la unidad de gestión clínica de cirugía ortopédica y traumatología de un centro hospitalario,

pero que la cita se había fijado para diecisiete meses después de que se efectuara la petición. Así, aunque en un principio se nos vino a indicar que tras valoración del caso por el jefe del servicio, se acordó el adelanto de la cita, ante lo cual optamos por concluir nuestras actuaciones pensando que el asunto que motivó el recurso del interesado a esta Institución se encontraba en vías de solución, por parte de este último, sin embargo, se nos comunicó que no le habían enviado ninguna nueva citación para la fecha indicada, y de hecho, cuando se puso en contacto con nosotros, ya había transcurrido aquella sin que hubiera tenido lugar la consulta pretendida, ante lo cual nos vimos en la necesidad de reabrir el expediente y solicitar al centro un nuevo informe explicativo.

En la resolución emitida en la tramitación de este expediente trajimos a colación el Decreto 96/2004 de 9 de marzo, de garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, dictado para solventar la problemática relacionada con la espera de citas de especialistas.

Ahora bien en el texto de la misma mantuvimos lo siguiente:

“El mecanismo que se refleja en aquél, por el que se permite a los usuarios acudir a un especialista en un centro sanitario privado si no es posible darle cita dentro del plazo de respuesta establecido (60 días), no rige sin embargo en cuanto a la citación que estamos considerando, pues no puede configurarse la misma como una primera consulta de especialidad procedente de atención primaria.

Pero aunque la misma no esté afectada por el límite temporal prefijado, ello no quiere decir que pueda demorarse sin ningún tipo de plazo, sino que debe producirse dentro de un tiempo que pueda entenderse razonable en el marco del proceso asistencial en cuestión. Y es que la consulta a la que nos estamos refiriendo se inserta en el proceso de diagnóstico y seguimiento de la enfermedad del interesado, y, sobre todo, resulta decisiva a la hora de determinar la alternativa terapéutica a aplicar, por lo que debe fijarse a la mayor brevedad posible para completar dicho proceso y determinar aquella. De otra manera, los límites temporales establecidos para las primeras consultas y para la realización de las pruebas diagnósticas de nada servirían, si no se evita la demora en las etapas posteriores. No podemos olvidar que en caso de que el paciente deba ser intervenido quirúrgicamente aún habrá de ser incluido en otra lista de espera y soportar la demora añadida y nada desdeñable que conlleve la misma”.

En este caso, junto al artículo 43 de la Constitución Española, y el artículo 22.2 g) del Estatuto de Autonomía de Andalucía, también invocamos la previsión que se contempla en el artículo 31 de dicho Estatuto, en relación con la garantía, dentro del derecho a una buena administración, de que los asuntos de los ciudadanos (que también habrá que entender referidos a la vertiente asistencial), se resuelvan en un plazo razonable; e igualmente la del artículo 5 d) de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de Administración de la Junta de Andalucía, en términos similares, de acuerdo con el principio de proximidad a la ciudadanía consagrado en el artículo 3 r) del mismo texto legal.

Concluimos formulando a la Dirección Gerencia del centro asistencial implicado **Recordatorio** y **Recomendación** para que el centro afrontara la superación de las

situaciones de larga espera con medidas organizativas y asistenciales precisas, referidas fundamentalmente a la ampliación de los medios humanos y materiales para la satisfacción de la demanda, y en concreto para agilizar las citas con la unidad de miembro superior del servicio de traumatología y cirugía ortopédica, al objeto de que pueda llegar a determinarse la alternativa terapéutica apropiada para los pacientes en el menor tiempo posible, con el fin de evitarles sufrimiento y permitirles el desarrollo normalizado de su vida personal y laboral.

En relación al contenido de nuestra **Recomendación** el hospital manifestó que el servicio de traumatología contaba con los recursos adecuados para prestar asistencia dentro de los niveles de calidad exigidos, afirmación con la que no podíamos coincidir, puesto que con independencia de la posibilidad de adelanto de las citas, no podíamos considerar que un emplazamiento para la unidad especializada de mano a un año vista, aún cuando no se produjera un empeoramiento del estado del paciente, fuera respetuoso con niveles básicos de calidad, teniendo en cuenta además que la citación no se produjo sino cinco meses después de la consulta en la que se decidió la derivación, sin que respecto de este punto se hubiera ofrecido ninguna explicación, por lo que el cómputo definitivo de la espera ascendía a 17 meses, llevándonos todo lo anterior a considerar que no se habían aceptado los planteamientos deducidos en nuestra resolución.

En la **queja 12/3426** analizamos también un caso de demora diagnóstica, lo que ocurre es que en el mismo la extensión del plazo se valoró por la suma de los plazos añadidos de las distintos episodios que se suceden en el proceso asistencial. En este sentido, el interesado aludía a un retraso absolutamente injustificado en el diagnóstico de su dolencia, y por tanto, en la aplicación del plan terapéutico adecuado, prolongando innecesariamente su estado de incapacitación y el sufrimiento asociado al mismo por la patología determinante de su padecimiento.

Y es que no perdemos de vista que el padre del interesado demandó asistencia sanitaria por los dolores de cadera que padecía, primero, de su médico de atención primaria, y después, por derivación de aquel, del ámbito de la asistencia especializada, prolongándose durante al menos diez meses el tiempo invertido por el hospital para alcanzar un diagnóstico, teniendo en cuenta por otro lado que en dicho proceso solo fue necesaria la práctica de radiografías y una resonancia.

En las consideraciones que realizamos en la resolución emitida en este caso incluimos reflexiones de la siguiente naturaleza:

“Si analizamos los tiempos invertidos en cada paso, nos encontramos sin lugar a dudas con incumplimientos del Decreto 96/2004, de 9 de marzo, de garantía de tiempo de respuesta para procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos. Pero, esto no es todo, pues se añaden significativos errores de gestión administrativa, demoras en las consultas para recogida de resultados y falta de agilidad a la hora de reparar aquellos con el objeto de evitar que se acrecentara la demora acumulada.

Así tanto para realizar las radiografías, como para llevar a cabo la resonancia, se emplea un lapso de tiempo superior al previsto en la norma antes indicada, que cifra la garantía para la práctica de las pruebas diagnósticas relacionadas en el anexo III en un plazo de treinta días.

En ninguno de los casos las consultas de revisión previstas para la evaluación e información de los resultados cumplieron su cometido. La primera se retrasó sobremanera por error de gestión del centro, al que ni siquiera constaba la necesidad de citar al padre del interesado a dicho fin, por lo que se señaló mediando la intervención de este último y por su exclusiva iniciativa. Además, dado el tiempo transcurrido desde la práctica de las radiografías, se estimó conveniente practicarle otras nuevas. La segunda determinó la necesidad de una resonancia, y la tercera resultó inoperante porque al no haber llegado la prueba realizada en un centro concertado, careció totalmente de objeto.

La primera consulta de las señaladas medió casi tres meses desde la práctica de las radiografías por causa del error de gestión que hemos señalado; la segunda requirió más de un mes; la tercera tuvo lugar casi dos meses después de que se prescribiera la resonancia, aunque solo seis días más tarde de que ésta se practicara; y la última, en la que confiamos en que se valoraran los resultados de la resonancia, distó un mes y veintitrés días de la anterior, a pesar de que la prueba se había enviado desde el centro concertado solo dos días más tarde de que aquella tuviera lugar.

Las consultas aludidas como de revisión en realidad no son tales, aún cuando normalmente se les denomine así por contraposición a las denominadas primeras consultas de especialidad, pues las revisiones se producen después de la práctica de intervenciones quirúrgicas, o la aplicación de determinados tratamientos, o simplemente en el seguimiento de enfermedades de carácter crónico.

Las consultas a las que nos estamos refiriendo para la recogida de resultados se insertan en el proceso de diagnóstico, en el que constituyen el paso definitivo para conocer la existencia de enfermedad y la alternativa terapéutica a aplicar. Es por ello que a pesar de que dependen en su establecimiento de la obtención de los resultados y la prioridad clínica y aún siendo verdad que no están sujetas a garantía de plazo; sin embargo no se encuentran a expensas de valorar la evolución de la enfermedad, los resultados quirúrgicos, o la efectividad de un tratamiento, por lo que no han de fijarse con el tiempo necesario para apreciar estos últimos, sino que deben hacerse a la mayor brevedad posible para completar el proceso de diagnóstico. Las mismas no estén afectadas por el límite temporal prefijado, pero ello no quiere decir que puedan demorarse sine die, sino que deben producirse dentro de un tiempo que pueda entenderse razonable en el marco del proceso asistencial en cuestión.

Si contabilizamos los plazos parciales que transcurren entre los distintos requerimientos y citas, podemos pensar que algunos no resultan excesivos, aunque otros son más largos. Ahora bien entendemos que el análisis debe realizarse en el contexto del proceso asistencial en concreto, y lo que sin duda convierte la espera en insoportable es precisamente la consideración del proceso asistencial en su conjunto, en el que a la suma de los sucesivos plazos parciales hay que unir los errores de gestión cometidos.

Y es que en resumidas cuentas se hace preciso el transcurso de diez meses desde que el paciente acudió a su médico de atención primaria, hasta que se determinó el diagnóstico, todo ello confiando en que el mismo se haya

producido en la consulta del 9 de septiembre pasado, por lo que obligatoriamente tenemos que concluir que el tiempo invertido en aquel dista de lo que podría entenderse como razonable, y se muestra a todas luces excesivo.

La fijación de plazos máximos para las primeras consultas y para la realización de las pruebas diagnósticas están dirigidos a la aceleración del diagnóstico, y por consiguiente del tratamiento o alternativa terapéutica elegida, pero en casos como en el se someten a la consideración de esta Institución en este expediente de queja, se comprueba que de nada sirven estos límites temporales si después aquél se demora en las etapas posteriores.

Desconocemos cuál ha sido el diagnóstico y qué ha conllevado el mismo, pero no cabe descartar que el tiempo transcurrido pueda haber influido negativamente en las posibilidades de tratamiento; o bien que sea preciso llevar a cabo una intervención quirúrgica, por lo que al período indicado habría que unir ahora el que conlleve la lista de espera correspondiente a la misma. De no ser así, sin duda se habrá prolongado innecesariamente el sufrimiento del paciente, manteniéndole en un estado de inmovilidad con repercusiones significativas en su calidad de vida”.

La resolución culminó con **Recordatorio** y **Recomendación** para la agilización de las citas de recogidas de resultados que fueron aceptados por el hospital receptor.

En último término y como testimonio de lo expuesto en cuanto a los supuestos de suspensión indebida de la garantía de plazo por circunstancias de necesaria reevaluación clínica, traemos a colación el contenido de la **queja 12/5542**.

En la misma la interesada nos refería que estaba pendiente de una intervención de vesícula biliar en un hospital, y que como sabía que dicha operación estaba cubierta por una garantía de plazo de respuesta de 120 días, había venido consultando habitualmente dicha inscripción, a través del dispositivo inters@s, utilizando su firma digital, hasta que precisamente el día previo al cumplimiento del tiempo de respuesta establecido, al realizar la consulta antes referida, constató que en su inscripción figuraba como “*paciente transitoriamente no programable en este centro*”, añadiéndose como motivo para ello “*por reevaluación clínica*”.

Ante esta situación mostraba su extrañeza, pues aseguraba que tras ser citada a consulta de anestesia, había obtenido el visto bueno del especialista para la realización de la intervención, sin que desde entonces hubiera vuelto a acudir al hospital ni a ningún otro centro sanitario, ni hubiera sido examinada por ningún facultativo, cuestionándose en qué punto había cambiado su situación de manera que no se aconsejaba su intervención, añadiendo que nadie le había notificado dicho cambio.

Estimaba por ello que se la estaba privando de sus derechos, por no conocer su situación clínica actualizada, y verse imposibilitada de reclamar al Sistema Sanitario Público de Andalucía por el incumplimiento del plazo máximo para la intervención, a la vista de lo establecido en el artículo 11 del Decreto 209/2011, de 18 de septiembre, ya citado.

Por su parte, el centro, obviando absolutamente esta cuestión, se limitaba a exponer las circunstancias que habían conllevado la demora en la intervención, vinculadas a la presión de urgencias y al período estival, y el intento de solventar la situación ocasionada

por aquella, habiéndose solucionado en concreto el problema de la interesada por la práctica de la esperada intervención al poco tiempo.

Desde esta Institución en absoluto dudamos de la concurrencia de las circunstancias expuestas como causa de la demora, y del esfuerzo realizado por el servicio para superarla, pues la extralimitación temporal era escasa. Sin embargo, teníamos que juzgar más severamente el paso de la interesada a la situación de suspensión temporal, en absoluto negada por el centro, y comprobada por aquella en la manera que ya hemos expuesto:

“Ciertamente la normativa que regula la garantía de plazo de respuesta en intervenciones quirúrgicas (Decreto 209/2001 de 18 de septiembre y Orden de 25.9.2002) prevé la posibilidad de que se suspenda el plazo máximo previsto para la intervención «cuando según criterio facultativo, por circunstancias derivadas de su proceso asistencial o sobreañadidas al mismo, no fuera conveniente realizar la intervención quirúrgica prevista».

En el mismo sentido se expresa el artículo 5 de la Orden de 25.9.02, por la que se establecen normas para la aplicación de la garantía de plazo de respuesta quirúrgica y el funcionamiento del registro de demanda quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que a la redacción reseñada añade: «Mientras dure esa situación, el paciente constará en el Registro de Demanda Quirúrgica con una suspensión del plazo de intervención».

De lo anterior se concluye que los únicos motivos que permiten detener el cómputo de los días para la garantía son la causa clínica, y otra serie de supuestos que se pueden hacer valer a petición del propio paciente (nacimiento o adopción de hijo o nieto, matrimonio, fallecimiento o enfermedad grave de una familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad o afinidad, cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal, y fuerza mayor).

Bajo esta premisa entendemos que circunstancias como las alegadas por el centro, aún resultando entendibles como ocasionadoras de demora en la programación quirúrgica, no pueden tener trascendencia para la suspensión, de manera que con base en las mismas no podría justificarse una decisión de reevaluación, pues lo contrario sería desvirtuar el sentido de un compromiso adquirido normativamente porque se presupone que se dan las condiciones adecuadas para que el mismo pueda hacerse efectivo.

Por otro lado no todos los procesos de reevaluación determinan la suspensión del plazo de garantía, sino exclusivamente aquellos en lo que de dicha actividad resulta una indicación de improcedencia temporal de la intervención.

El Manual de Procedimiento de la Aplicación para la gestión de la demanda, que rige la gestión de la lista de espera, diseña el circuito a seguir cuando se lleva a cabo la reevaluación clínica (quién puede solicitarla, y las distintas actuaciones en función de su resultado), de manera que sólo en el supuesto en el que tras efectuar la reevaluación se estime que la intervención es temporalmente improcedente, el paciente queda en situación de suspensión del

plazo máximo para la intervención, estableciéndose la necesidad de comunicarle este circunstancia.

En el supuesto que estamos considerando no solo no se aduce motivo que justifique la reevaluación, sino que no se comunica a la interesada en ningún momento que como consecuencia de la misma se ha determinado su condición de no programable temporal, y por lo tanto que se suspende la garantía.

Además, de haberse determinado esta situación, y según el manual más arriba referido, la interesada habría sido llamada a consulta al objeto de que los facultativos decidieran sobre su situación, fundamentalmente para prorrogar la suspensión, o para continuar el proceso de programación si consideraban que la circunstancia que impedía la misma había cedido, reanudándose entonces el cómputo del plazo de garantía. La interesada nos indica sin embargo que no fue llamada para ser atendida por ningún centro, ni examinada por ningún facultativo, partiendo además de que el examen del anestesista tampoco supuso obstáculo alguno para la práctica de la operación.

Todo lo anterior nos lleva a pensar, y desde el centro nada se alega de contrario, que se produjo una calificación indebida de la situación de la interesada en la aplicación informática que maneja el registro, desconociéndose los pasos que llevaron a la misma, pues no existían causas que la legitimaran a tenor de lo dispuesto en la normativa vigente, y si existieron, no se operó en consonancia con los procedimientos establecidos para dar cuenta de dicho estado a la interesada.

A la vista de lo expuesto no podemos considerar que se interrumpiera legítimamente el plazo de la garantía de respuesta y por lo tanto tenemos que estimar que en este supuesto el mismo se ha incumplido. Además, por el reflejo que la demora ha tenido en la aplicación informática de registro, del cual tuvo conocimiento la interesada, y por mucho que la intervención se practicara en un plazo escaso a partir del límite normativamente establecido, tenemos que entender también que se privó a la interesada de la posibilidad de hacer uso de su derecho a ser intervenida en un centro privado con cargo a los fondos públicos, en el caso de que este hubiera sido su interés”.

A tenor de las argumentaciones expuestas concluimos elevando a la Dirección Gerencia del hospital afectado **Recordatorio** y **Recomendaciones** para:

“1.- Que se gestione la lista de espera de manera que se garantice el cumplimiento del plazo máximo de garantía previsto en las normas.

2.- Que se analicen las causas de la discordancia entre la situación real de la interesada en la lista de espera quirúrgica y la información ofrecida por el dispositivo inters@s y se actúe en consecuencia, al objeto de que los pacientes puedan beneficiarse del derecho a ser intervenidos en un centro privado en caso de incumplimiento.

3.- Que se evite registrar la situación de suspensión de programación quirúrgica por causa de reevaluación clínica, cuando no existe una previa

indicación facultativa para la misma, y no se cumplen las determinaciones sobre procedimiento, fundamentalmente en lo que se refiere a la notificación de dicho estado a los interesados”.

En su respuesta el hospital nos trasladó las pautas de actuación generales del centro para la gestión de la lista de espera, superación de los plazos de respuesta quirúrgica, y suspensión de dicho plazo por reevaluación clínica, pero aún considerando su vigencia generalizada, tuvimos en cuenta que las mismas no se habían visto cumplidas en este caso, por lo que nos sentimos en la obligación de considerar que por el hospital no se habían asumido los términos de nuestra Resolución.

2. 3. 3. Otras.

Se completa el cuadro de las quejas recibidas en materia de atención especializada con la simple mención de las muchas cuestiones que en este ámbito se plantean y que muestran aspectos singularizados de la asistencia que se proporciona desde los dispositivos de este nivel, suponiendo en algunos casos discrepancia con las decisiones adoptadas por los facultativos (desestimación de una nueva intervención de columna en la **queja 13/5626**), reclamando muchas veces la puesta en práctica de otras (tratamiento con hormona del crecimiento en la **queja 13/1031**, o derivación de su hija a centro de referencia en la **queja 13/5327**), cuestionando los límites que marcan el contenido de las prestaciones (implantes protésicos para reparar grave dolencia máxilo-facial en la **queja 13/1247**), e incluso planteando el abordaje que desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía se realiza de una determinada patología (malformación de Arnold Chiari en la **queja 13/1023**).

Merece la pena sin embargo hacer hincapié en el conjunto de quejas que versan sobre la prestación rehabilitadora, la cual se contempla en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la especializada, pero es este último el que resulta objeto de las reclamaciones de la ciudadanía con mayor frecuencia, poniendo de relieve la demora, y fundamentalmente la escasez de los tratamientos, en orden a conseguir la mayor recuperación posible de las capacidades perdidas tras accidentes o enfermedades (amputación de pierna en la **queja 13/3009**, intervención quirúrgica en la **queja 13/492**, infarto cerebral en la **queja 13/6513**, tumor craneal en la **queja 13/814**. o fractura de tobillo en la **queja 13/1078**).

2. 4. Urgencias y Emergencias.

«La atención de urgencias es aquella que se presta al paciente en los casos en los que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata”, y se dispensa “tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales» (Anexo IV del R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre ya citado).

En resumidas cuentas podríamos señalar que la atención de urgencias y emergencias se constituye en la garantía de la continuidad asistencial, de manera que por sus características intrínsecas presenta una gran complejidad, pues no hay sino que tener en cuenta que las situaciones que la motivan pueden afectar gravemente a la salud y la vida de quienes las padecen, por lo que los déficits de funcionamiento de la multiplicidad de

dispositivos que están llamados a prestar este tipo de asistencia, llegan a incidir decisivamente en dichos bienes supremos.

Las formulaciones que en esta materia venimos recibiendo de los ciudadanos se extienden sobre todos los aspectos de la atención. Habitualmente todos los años analizamos supuestos en los que por parte de los habitantes de una determinada área geográfica o localidad, principalmente en el ámbito rural, se discute la suficiencia de los medios que el sistema sanitario mantiene para la asistencia de las situaciones que estamos considerando, normalmente a partir de incidencias concretas de desasistencia, a las que se achacan consecuencias graves para la salud de los afectados, e incluso en ocasiones, su propio fallecimiento.

En varios de nuestros Informes Anuales hemos reflexionado sobre este asunto, cuestionándonos la posibilidad de efectuar una medida de la suficiencia de medios en el ámbito sanitario, y concluyendo que se hace realmente difícil llevar a cabo un pronunciamiento sobre este aspecto, pues hablamos de un sistema condicionado por un presupuesto limitado y con una cobertura universalizada. Con ello no queremos decir que el sistema sea óptimo, pues el mismo diseño que lo inspira da lugar a un resultado de atención heterogénea y desigual, de manera que en la percepción del ciudadano existen en este aspecto diferencias de trato que no entiendo justificadas.

Y es que, normalmente la determinación y la ubicación de los dispositivos encargados de la atención a urgencias y emergencias se realiza conforme a parámetros establecidos y estándares fijados incluso internacionalmente, de ahí que nos tocaría analizar si los medios se disponen conforme a estos últimos.

La cobertura de las urgencias extrahospitalarias se organiza en virtud de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias que dispensan asistencia durante las 24 horas, los 365 días del año en horario alternativo al de la asistencia habitual del centro de salud. Dado que al mismo tiempo constituyen el primer eslabón en la cadena asistencial de la emergencia se intenta dotarles de los medios técnicos y humanos necesarios para la estabilización del paciente y el inicio de su tratamiento en tanto llega el sistema de emergencias o se produce la derivación al hospital. No todos sin embargo tienen la misma entidad.

Con carácter general, se acude al modelo de atención continuada de manera que la asistencia de esta naturaleza se desarrolla por los propios integrantes del EBAP que se organizan mediante un sistema de turnos en uno o varios puntos de la ZBS con carácter permanente o temporal. En todos los casos, estos dispositivos deben atender las urgencias y emergencias tanto en sus propias consultas como fuera de su sede, ya sea en el domicilio del paciente o en la vía pública.

Así, nos encontramos con poblaciones cuyos habitantes se ven obligados a desplazarse hasta otras localidades para recibir atención de urgencias en el punto de atención continuada organizado dentro de la zona básica de salud. Aunque para su establecimiento se tienen en cuenta las famosas cronas. Para los usuarios la distancia no es el único factor a tener en cuenta, pues la falta de medios de transporte público, las condiciones climatológicas o el mal estado de las vías de comunicación por carretera, inducen a demandar un acercamiento de la atención, bien de los medios que se hacen

necesarios para dispensarla o bien de los que permiten acercar al paciente a los dispositivos establecidos para ello.

También abunda en este objetivo la dotación con equipos móviles operativos para la atención de urgencias y emergencias las 24 horas, con personal específico y ambulancia medicalizada, los cuales prácticamente dan cobertura en la actualidad a todos los territorios.

Pues bien, con este modelo teórico, el Plan Funcional de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias contempla entre sus objetivos el diseño de un proyecto de urgencia extrahospitalaria que abarque las peculiaridades del territorio andaluz, incluyendo los modelos necesarios para atender a la población, independientemente de su ubicación. A pesar de ello, entendemos que las posibilidades de atención a las situaciones de urgencia y emergencia no son las mismas dependiendo de aquélla.

Los supuestos que a lo largo del tiempo hemos analizado, nos permiten afirmar que los tiempos de respuesta son muy diversos pues la posibilidad de contar con medios alternativos ante la coincidencia simultánea de situaciones que requieran la intervención de estos medios varía, así como su especificidad, experiencia y formación, y no resulta lógico que se muestren tan alejados de los que rigen en el medio urbano.

En esta tesitura en muchas poblaciones alejadas o dispersas, en general, se vive mal no contar con efectivos propios para resolver estas situaciones.

Por ejemplo, en Informes anteriores dimos cuenta de las actuaciones practicadas en relación con las reivindicaciones que nos fueron trasladadas desde la Plataforma ciudadana por la asistencia de urgencias en las localidades de Badolatosa y Corcoya, con explicación de las **Sugerencias** finalmente dirigidas a la Dirección Gerencia del Área de Gestión Sanitaria de Osuna, desde donde se argumentó la realización de un estudio para valoración de la atención de urgencias en la Zona Básica de Salud de Estepa.

Dicha argumentación se mantuvo en el curso de la tramitación de la **queja 12/2994**, que representaba el replanteamiento del asunto ante esta Institución, por los mismos promotores que la vez anterior, a los que se unieron representaciones vecinales de los municipios de La Roda y Casariche, tras aludir a nuevos episodios protagonizados trágicamente por vecinos de estas localidades que tras requerir asistencia sanitaria urgente, vieron demorada significativamente la llegada de los dispositivos encargados de proporcionarla, resultando de esta situación el fallecimiento de los pacientes que esperaban ser atendidos.

Recientemente hemos recibido el informe, por el cual se viene a expresar el compromiso de la Administración Sanitaria de mejorar los servicios sanitarios de urgencia de la ZBS que consideramos, en cuanto la evolución de la situación económica permita una mayor disponibilidad financiera, desplazando a dicho momento la realización de una nueva valoración en orden a la adopción de las medidas que se hicieran necesarias. A pesar de ello, se anuncia una medida de mejora de la accesibilidad de la atención a urgencias de los vecinos de estas localidades, que viene representada por la posibilidad de utilización desde el mes de Julio pasado, de la oferta de atención urgente del centro de salud de Jauja, pendiendo por nuestra parte comentar este asunto con los interesados, y adoptar una decisión definitiva en relación con este expediente.

Pero es que durante el pasado ejercicio tuvimos ocasión de pronunciarnos sobre una reclamación similar, aunque en este caso se cifraba en el tiempo que precisan las unidades asistenciales móviles para desplazarse a Fuente Camacho, desde el centro de salud de Loja, que es donde están ubicadas, distante 25 Km. de aquella, que se acompañó del relato de dos episodios en los que el interesado consideraba que dicha demora incidió hasta el punto de ocasionar el fallecimiento de dos personas.

En la **queja 13/938** que se tramita por esta causa, y junto al análisis particularizado de la información que hemos podido reunir por ambas partes en cuanto a los episodios aludidos en concreto, nos adentramos en la valoración de las circunstancias concurrentes en la zona de la siguiente manera:

“La Zona Básica de Salud de Loja se integra por los municipios de Loja y Zagra, los cuales cuentan con una población aproximada de 23.000 habitantes. Loja es el municipio más occidental de toda la provincia de Granada, y agrupa una multiplicidad de núcleos (Barrio de San Antonio, Ventorros de San José, Fuente Camacho, El Bujeo, Venta del Rayo, La Fábrica, la Esperanza, Ventorros de Laguna, Riofrío, La Parma, Ventorros de Balerna, Venta Santa Bárbara, Cuesta Blanca y Atajea) y otras tantas entidades, algunas de las cuales se sitúan a una distancia del núcleo principal no desdeñable.

El dispositivo de cuidados críticos y urgencias de Loja da asistencia a dicha localidad y a todas las entidades señaladas, así como a la población de Zagra, cercana a los 1000 habitantes, que también se ubica a unos veinte kilómetros de aquella. Para ello dicho dispositivo está dotado por dos equipos sanitarios, integrados por médico y enfermero, y un celador conductor, así como una ambulancia medicalizada, y otra convencional (de traslados).

Ateniéndonos a la información suministrada por ese Distrito en cumplimentación del cuestionario remitido por esta Institución hace algunos años, el denominado equipo móvil no solo da cobertura a la ZBS de Loja, sino también a la de Huétor Tájar, y por lo tanto a otros 18.000 habitantes que residen en este municipio, y en los de Moraleda de Zalayona, Salar, y Villanueva de Mesía.

Con respecto a la información mencionada existe un elemento discrepante relacionado con el horario de funcionamiento de dicho equipo, pues mientras en el cuestionario citado el mismo se extendía durante las 24 horas, en el informe remitido por ese Distrito la disponibilidad de la ambulancia medicalizada se limita al período que va desde las 8 a las 24 horas, por lo que el horario nocturno que se prolonga desde la medianoche hasta las 8 de la mañana, solo se contaría con una ambulancia convencional para la atención a la asistencia urgente y emergente fuera del centro.

Carecemos de parámetros comparativos respecto del equipamiento que para la atención de urgencias y emergencias disponen los demás DCCU de ese Distrito, o incluso otros con características geográficas y demográficas similares de la misma o distinta provincia, pero ello no nos impide extraer ciertas conclusiones de los rasgos que se perfilan como distintivos del que nos ocupa.

En este sentido tendríamos necesariamente que resaltar la elevada dispersión geográfica de la población a la que presta servicio, así como algunas de las cronas más altas respecto al hospital de referencia (San Cecilio de Granada). No es impensable por ello que abunden las demandas para atención urgente y emergente fuera del centro, y que los tiempos de respuesta en las mismas tengan más relevancia, habida cuenta de que habrá casos en los que se precise la derivación al hospital, por lo que al tiempo que se invierte en llegar al paciente, debe añadirse el que implica su traslado al centro hospitalario. De ello también podemos deducir que el índice de ocupación de los dispositivos móviles será elevado, lo que igualmente se traduce en indisponibilidad de los mismos mientras están prestando algún servicio ante eventuales demandas de asistencias simultáneas o sucesivas.

Ciertamente conocíamos el criterio de planificación de recursos que el Distrito menciona, pero consideramos que lógicamente dicho criterio no puede ser el único, pues el cumplimiento estricto del mismo (ninguna localidad de 1500 habitantes a más de veinte minutos de un dispositivo de atención a urgencias) no supone de por sí la garantía de una adecuada asistencia en localidades de inferior nivel demográfico.

De ahí que la suficiencia de los recursos para la atención a la zona que estamos considerando no pueda justificarse exclusivamente por aquel y que tengamos que traer a colación las determinaciones del Plan Funcional de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, en virtud de las cuales se promueve un proyecto de urgencia extrahospitalaria que, como ya hemos referido anteriormente, abarque las peculiaridades del territorio andaluz, incluyendo los modelos necesarios para atender a la población, independientemente de su ubicación.

El Manual de Indicadores de Actividad y Calidad para Urgencias y Emergencias Sanitarias define entre los primeros el tiempo de respuesta, como el que transcurre desde que se efectúa la demanda de asistencia al dispositivo o centro coordinador, hasta que el paciente toma el primer contacto personal con el médico o el enfermero.

En alguna ocasión hemos intentado, mediante la consulta de diversa documentación, localizar algún parámetro que pudiera servir de promedio y nos permitiera comparar con los tiempos empleados en los casos que se nos presentan. Solamente hemos podido encontrar datos referidos a emergencias en el medio urbano (memorias anuales de EPES), que cifran el tiempo medio de respuesta en torno a los 10 minutos. En otras fuentes se alude a una crona adecuada de 15 minutos para la cobertura terrestre, de manera que si la emergencia se encuentra a una distancia superior habría que activar los medios aéreos. También el plazo de 15 minutos se menciona a veces como estándar de calidad en situaciones de emergencia.

En todo caso lo que quisiéramos poner de manifiesto es que las cronas se calculan conforme a un planteamiento teórico y que como ese Distrito reconoce, se refieren a condiciones ideales, por lo que muy difícilmente el desplazamiento real se desarrolla en el tiempo cifrado para las mismas. En los casos que consideramos incluso se aduce la necesidad de cruzar el territorio del

término municipal de Loja (2 Km.) como elemento que puede justificar la desviación sobre el tiempo estimado”.

En resumidas cuentas y aún partiendo de la dificultad para llevar a cabo la medida de suficiencia a la que antes nos referíamos, nos pareció que podíamos dejar constancia de ciertas características geográficas y demográficas de la zona considerada, de las que se podían derivar algunas consecuencias en cuanto al nivel de activación de los medios para la atención de urgencias fuera del centro, que lógicamente repercuten en la atención de la población más dependiente de los mismos, que es la que reside en los núcleos más alejados de aquel. A lo anterior se añadía el establecimiento de unas cronas más teóricas que reales, que se incumplen incluso en los casos en los que existe plena disponibilidad de los medios, y por lo tanto ningún elemento que se interponga entre la demanda de asistencia y la activación de aquellos.

Culminamos la resolución emitida en este expediente elevando a la Dirección del Distrito Sanitario afectado las siguientes **Sugerencias**, que en el momento actual aún no han recibido contestación:

“1.- Que por la comisión de seguimiento y mejora de la coordinación de urgencias y emergencias se analicen todas las incidencias relacionadas con las demandas de atención urgente procedentes de la localidad de Fuente Camacho, con especial consideración de los tiempos de respuesta correspondientes a estas últimas, y tras comparación con las cronas establecidas, se investiguen los aspectos que en cada caso hayan determinado el incumplimiento de las mismas.

2.- Que se revise la ordenación actual para la atención a urgencias y emergencias en la ZBS de Loja, y específicamente en los núcleos poblacionales más alejados, como Fuente Camacho, a fin de valorar la posibilidad de disponer cambios estructurales u organizativos que permitan intensificar los medios de atención a urgencias en la localidad”.

Los planteamientos de carácter genérico no son exclusivos de las urgencias extrahospitalarias, sino que a veces también se refieren a los servicios de urgencias que se localizan en los hospitales. Así, por causa de las noticias difundidas por varios medios de prensa escrita sobre la demora que estaba presidiendo el ingreso en planta de pacientes a los que se había decretado el mismo, tras su comparecencia en el servicio de urgencias de un hospital sevillano, se decidió la incoación de un expediente de oficio, **queja 13/5699**, y se solicitó informe para investigar lo que en principio no parecía sino un nuevo episodio de saturación de dicha unidad asistencial.

El conflicto incidía fundamentalmente en la coincidencia de dicha situación con el cierre parcial de una de las plantas del hospital, con la inactivación de camas que la misma suponía, por lo que tuvimos cuidado de preguntar por los criterios que marcan la inmediata disponibilidad de estas últimas, por desequilibrio entre la presión de urgencias y la capacidad de dar altas.

El informe recibido en esta materia aún se encuentra pendiente de valoración por nuestra parte.

El cuestionamiento sobre la idoneidad de la atención proporcionada en el servicio de urgencias de otro centro hospitalario a un joven que falleció en el albergue

municipal a las pocas horas del alta, motivó que también iniciáramos de oficio la **queja 13/5628**, pues los hechos, de los que se hicieron eco masivamente los medios de comunicación, traían a colación la problemática de la atención a las personas sin techo, no solo desde la perspectiva sanitaria, sino también social, resultando extrañamente llamativa la premura del alta, cuando se tienen en cuenta algunos datos sobre las circunstancias físicas del afectado, fundamentalmente su escasísimo peso corporal.

El informe del hospital en el curso de la tramitación de esta queja ha sido emitido muy recientemente, insistiéndose en su contenido en la identificación de la problemática del afectado como de naturaleza social, pues al parecer la reivindicación del mismo se ceñía al suministro de comida y la disponibilidad de un techo para dormir, lo que no evitó que se le practicaran las exploraciones oportunas. La valoración de este asunto requerirá muy probablemente la solicitud de nuevos informes que resulten aclaratorios de la causa final del fallecimiento (datos de la autopsia).

Por último nos gustaría hacer referencia dentro de este apartado, al cierre que sin duda hemos de calificar como provisional, de la **queja 12/3632**, pues con toda probabilidad tendremos que retomar el asunto de la atención de urgencia a los afiliados de Mutualidades, para tratar de agilizar la suscripción de los convenios que en este punto instábamos entre Muface y los responsables autonómicos del teléfono único de urgencias y de los equipos de emergencias sanitarias públicos, con el fin de que las llamadas que los mutualistas y sus beneficiarios realizaran para la demanda de atención sanitaria urgente a través del número 112, fueran derivadas al centro de atención a urgencias de las entidades concertadas con aquella, o bien que los citados puedan ser trasladados en caso de urgencia a medios de aquellas.

En la medida en que constatamos la existencia de una acogida favorable al contenido de nuestra Resolución por parte de las instancias afectadas de nuestra Administración Autonómica, las cuales incluso habían concertado una reunión para tratar este tema, y pensando que se estaban dando los pasos apropiados para llevar a efecto las medidas sugeridas, decidimos concluir nuestras actuaciones con las mismas, no obstante lo cual, permanecíamos a la espera de respuesta de la Defensora del Pueblo de Estado, a la que también nos habíamos dirigido, puesto que considerábamos que su actuación resultaba indispensable para favorecer esta iniciativa.

La Defensora del Pueblo de las Cortes Generales nos informó de la investigación llevada a cabo desde esa Institución ante Muface, para conocer la situación de los posibles conciertos que la mutualidad pudiera haber firmado con los responsables de los servicios de emergencia públicos. En su última comunicación, hasta el momento, nos dio traslado del informe emitido por la mutualidad, en el que vienen a afirmar la necesidad de que la demanda de atención urgente de los mutualistas se lleve a cabo a través de los medios propios de las entidades, conforme a los protocolos establecidos por aquella, así como a plantear una serie de dificultades para la suscripción de los convenios, e invocar la necesidad de un planteamiento global, y no territorializado de esta cuestión, en garantía de la igualdad de las prestaciones.

Sabedores de que la Institución estatal ha solicitado un nuevo informe por considerar que el planteamiento más arriba reflejado no resuelve los problemas que provocaron el inicio de su actuación, nos vemos en la necesidad de esperar noticias que

resulten explicativas de la evolución de este asunto, y en su caso, instar la remisión de la información necesaria para conocer el definitivo alcance de esta cuestión.

2. 5. Derechos de los usuarios.

El artículo 22 del Estatuto de Autonomía de Andalucía garantiza «el derecho constitucional previsto en el artículo 43 de la Constitución Española a la salud, mediante un sistema sanitario público de carácter universal», y después de esta proclama. incorpora una relación de los derechos de los usuarios, en parte común a las que configuran los catálogos de derechos que se incluyen en diversa normativa estatal y autonómica, y en parte novedosa, por lo que supone de reflejo de algunas prestaciones a las que se ha querido dar un especial reconocimiento (consejo genético, cuidados paliativos, asistencia geriátrica).

El ejercicio de estos derechos se remite a los términos y condiciones que se establezcan en las leyes que los desarrollen, desarrollo que en buena parte ya se ha promovido en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, por lo que la exigencia de su cumplimiento se ha convertido en una de las cuestiones de mayor relevancia de las que se ocupan las quejas que venimos recibiendo habitualmente.

2. 5. 1. El derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Sanitario Público.

Como presupuesto para el ejercicio de los demás derechos, tenemos necesariamente que partir de la existencia de un derecho primigenio a recibir la asistencia sanitaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía, sobre todo teniendo en cuenta los cambios introducidos en este punto por el R.D. Ley 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, al que ya aludimos el año pasado, fundamentalmente en lo referente a la reintroducción de los conceptos de asegurado y beneficiario, y la exclusión de las personas inmigrantes sin autorización de residencia.

En cuanto al ámbito subjetivo del derecho, traemos a colación algunas de las reflexiones recogidas en la resolución emitida en la **queja 12/3838**, para denunciar la liquidación de gastos anunciada por el SAS a una usuaria, en razón de la asistencia que le fue proporcionada durante el parto, así como la que precisó su hija recién nacida prematura:

“La primera cuestión que nos atañe se vincula a la determinación del ámbito subjetivo del derecho a la asistencia sanitaria que estamos considerando, y la duplicidad de regímenes que han confluído hasta muy recientemente.

Así por un lado nos encontramos con una primitiva concepción de la asistencia sanitaria como prestación del régimen de la Seguridad Social, y por lo tanto atribuible exclusivamente a los beneficiarios del mismo; junto a otro enfoque que se ha ido abriendo paso, que abandera la universalidad y gratuidad de la cobertura sanitaria, dispensable por un Sistema Nacional de Salud.

La primera se vincula con el entramado tradicional de la Seguridad Social y se configura como prestación de carácter contributivo para quienes están incluidos en dicho sistema, mientras que la segunda entronca directamente con el reconocimiento del derecho a la protección de la salud en el artículo 43 de la

Constitución Española, y la consiguiente responsabilidad de los poderes públicos de instrumentar los medios para dar cumplimiento al mismo.

El primer posicionamiento postula el mantenimiento de la asistencia sanitaria dentro de la acción protectora de la Seguridad Social, a la vista de que el Texto Refundido de la LGSS de 1994 mantiene la vigencia del capítulo IV del Título II de la anterior LGSS de 1974, y a pesar de que diversas reformas normativas operadas le han privado de su carácter contributivo.

El segundo parte del reconocimiento que realiza la Ley General de Sanidad (artículo 1.2), para la cual son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

En términos similares se expresaba hasta su reforma por el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; y continúa manifestándose el artículo 3 de la Ley 2/98 de 15 de junio, de Salud de Andalucía («son titulares de los derechos de esta ley, y la restante normativa reguladora del Sistema Sanitario Público de Andalucía, los españoles y extranjeros residentes en cualquiera de los municipios de Andalucía»).

El debate se suscita por tanto porque, una vez desvinculada la asistencia sanitaria de los presupuestos de la Seguridad Social, el mantenimiento de la vigencia de su regulación dentro de la acción protectora de aquel no tiene en cuenta que dicha regulación ya había sido modificada con anterioridad por la Ley General de Sanidad, en virtud de la cual la asistencia sanitaria deja de ser una prestación contributiva del Sistema de Seguridad Social para convertirse en un derecho de todos los ciudadanos residentes en España con carácter personal y propio.

A pesar de ello, y en la medida en que el derecho se ha seguido reconociendo por el INSS, se han continuado aplicando normas fundadas en la asistencia sanitaria como prestación de seguridad social unida a los requisitos de afiliación, alta o asimilada y cotización, que restringen el derecho de personas que, puesto que ni trabajan ni cotizan, no los cumplen.

De ahí que se siguieran elaborando normas dirigidas a extender la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a grupos excluidos de la misma, como el R.D. 1088/89, de 8 de septiembre, para personas sin recursos económicos suficientes, y que algunas Comunidades Autónomas emitieran normas propias para reconocer o mantener el derecho de acuerdo con los presupuestos de la Ley General de Sanidad, entre otros colectivos, al de los ciudadanos que salían del sistema laboral.

Aunque no tenemos constancia de normativa que haya operado la prórroga indefinida de la asistencia sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma, pues a pesar de que en otras ocasiones hemos interrogado a la Administración Sanitaria sobre su existencia, es un aspecto que no se ha respondido; sí hemos

podido comprobar que dicha prórroga ha existido, de manera que la Tesorería General ha incorporado titulares del derecho a la asistencia sanitaria por situaciones ajenas a las previstas en el régimen de la Seguridad Social, y por lo tanto no reconocidas por el INSS, con la consecuencia añadida de que dicho reconocimiento era exclusivamente válido en el territorio de Andalucía, pero no resultaba extensible a los desplazamientos fuera del mismo y dentro del ámbito del Sistema Nacional de Salud.

En esta tesitura se han sucedido las iniciativas parlamentarias para llevar a cabo la universalización plena y efectiva del derecho a la asistencia sanitaria, y por parte del Defensor del Pueblo del Estado se han dirigido resoluciones al Ministerio de Sanidad para que se impulsara la reforma legal adecuada que permitiera fijar los contenidos del derecho a la asistencia sanitaria como derecho público subjetivo personal y no contributivo.

Este fin parecía alcanzado por la declaración contenida en la disposición adicional 6ª de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, según la cual «se extiende el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública, a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serle reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico», previéndose expresamente el alcance de dicha extensión a «las personas que hayan agotado la prestación o el subsidio de desempleo a partir del 1 de enero de 2012».

Sin embargo ha habido pasos posteriores en este proceso, que hasta el momento vienen representados por el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, y el R.D. 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario, a efectos de la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

El preámbulo del primero viene a reconocer la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, y el del segundo invoca su función de superación de un vacío normativo, estableciendo un régimen jurídico adecuado para definir los supuestos de acceso al derecho a la asistencia sanitaria pública a través de las figuras del asegurado y beneficiario.

Aunque respecto de la naturaleza del sistema que se establece habría mucho que decir, pues a nuestro modo de ver continúan mezclándose rasgos de los dos sistemas que hemos venido considerando, lo cierto es que se produce una clarificación del ámbito subjetivo del derecho, mediante la descripción de los supuestos que permiten acceder al mismo.

Vaya por delante que se consolida el acceso a las prestaciones sanitarias de quienes no tuvieran derecho por otra vía, al menos para los españoles que no superen determinados ingresos, y por lo que aquí nos interesa, que se reconoce la condición específica de asegurado a las personas que han agotado prestaciones de desempleo, y se encuentran en paro.

En resumidas cuentas, con la Ley 14/86 de 25 de abril, General de Sanidad, en el marco del artículo 43 de la Constitución, se inició un proceso de transformación desde un sistema de Seguridad Social hacia un modelo de Sistema Nacional de Salud, en el que estaban llamadas a integrarse las diversas estructuras y redes asistenciales públicas existentes para garantizar el fin, declarado en la Ley, de universalidad del derecho a la protección de la salud; pero dicha universalización no ha sido plenamente efectiva, y aunque en contradicción con los principios inspiradores del modelo sanitario contenido en la Ley General de Sanidad, y de la propia regulación de esta última, la realidad ha continuado bajo el modelo típico de la Seguridad Social, que se caracteriza por la adscripción profesional, el cual se ha suavizado por las sucesivas ampliaciones del ámbito de cobertura del sistema, y por las actuaciones de las Comunidades Autónomas, encargadas de la prestación de la asistencia, otorgando en determinados casos la prórroga indefinida del derecho”.

Así, en el caso concreto que analizábamos, aunque la interesada pudo quedar fuera de la asistencia sanitaria del régimen de la Seguridad Social, cuando transcurrió determinado plazo desde que pasó a la situación de desempleo, había venido recibiendo la asistencia del SSPA cada vez que la había demandado, disfrutando de la prórroga de cobertura que para los desempleados activó la Administración Sanitaria Andaluza, de manera que habría llegado a reconocerse su derecho propio, puesto que el R.D. 1192/2912, de 3 de agosto, reconoce la condición de asegurado (no subsidiaria respecto de la posibilidad de ser reconocida como beneficiario), a quienes se encuentran en desempleo tras agotar las prestaciones, y no pueden acceder a la misma por cualquier otro título.

Estrechamente vinculado al reconocimiento del derecho, aparecían cuestiones relacionadas con la manera de acreditar el mismo y la forma de llevar a cabo esta comprobación por la Administración Sanitaria, que nos llevaron en la misma resolución a ocuparnos de asuntos como la tarjeta sanitaria individual, y la base de datos de usuarios (BDU) del SAS:

“La pretendida universalidad y gratuidad del sistema sanitario que tanto se ha publicitado no es el único punto que genera confusión a los ciudadanos, pues otro tanto podemos decir respecto de la funcionalidad de la tarjeta sanitaria individual.

El interesado alude en su escrito a que su esposa fue atendida de todo su embarazo en centros del sistema sanitario público, y que ingresó en el hospital previa presentación de su tarjeta sanitaria y consiguiente registro de sus datos.

En este punto traemos a colación las explicaciones que desde la Consejería de Salud se nos han proporcionado en el curso de la tramitación de otros expedientes. Así se nos ha referido que la tarjeta sanitaria se concibe como un documento de identificación, no de acreditación de derechos, que se emite para los residentes en Andalucía aunque no tengan derecho a la cobertura sanitaria pública.

Para conocer el derecho a la asistencia sanitaria es necesaria la consulta al Sistema de Información Laboral, para lo que la Tesorería General de la Seguridad Social mantiene una transacción en línea para los servicios sanitarios

de todo el Estado, y desde final del 2001, a la base de datos de usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Hace hincapié la Consejería en la Orden de 27.2.2002, por la que se establece la efectividad del carácter individual de la libre elección de médico y su gestión por la Base de Datos de Usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, cuyo artículo 2.1 remite a la información contenida en esta última para acreditar la situación de los ciudadanos en relación con la asistencia sanitaria en el referido sistema sanitario.

En definitiva que según nos comunica la Consejería de Salud, es la base de datos de usuarios, a la que se puede acceder desde cualquier centro del sistema sanitario público de Andalucía, la que contiene los datos de aseguramiento sanitario, los cuales se actualizan de forma específica por los operadores acreditados para ello, y de manera sistemática por los cruces mensuales con los ficheros que envía la Tesorería General de la Seguridad Social (actualmente el INSS comunica diariamente al Ministerio de Sanidad los datos relativos al reconocimiento, variación y extinción de la condición de persona asegurada o beneficiaria, así como la participación que corresponde a las mismas en la prestación farmacéutica y su límite de aportación, y el citado departamento ministerial comunica a su vez estos datos, con la misma frecuencia, a los servicios públicos de salud correspondientes).

Sin embargo el artículo 57 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud determina que el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de la atención sanitaria que proporciona el Sistema Nacional de Salud se facilitará a través de la tarjeta sanitaria individual, como documento administrativo que acredita determinados datos del titular.

En desarrollo de dicho precepto se dictó el R.D. 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual. Pues bien en el artículo 2.1 de esta norma se alude a la emisión por parte de las Administraciones Sanitarias Autonómicas, de una tarjeta sanitaria individual con soporte informático, a las personas residentes en su ámbito territorial que tengan acreditado el derecho a la asistencia sanitaria pública.

Según lo previsto en su disposición final primera, dicho Real Decreto se dicta al amparo del artículo 149.1.16ª y 17ª de la Constitución, es decir a través del mismo se ejercitan competencias exclusivas del Estado para la definición de bases y coordinación general de la sanidad y de la Seguridad Social, luego resulta de aplicación en todo el territorio del Estado, con independencia de que se puedan efectuar desarrollos de dichas bases por parte de las Comunidades Autónomas.

En nuestra Comunidad Autónoma contamos con diversas normas que aluden a la tarjeta sanitaria individual, aunque de una manera genérica sólo el artículo 2 de la Orden de 27.2.2002 establece la identificación de los residentes en Andalucía ante el Sistema Sanitario Público a través de la misma, o bien a través del documento de reconocimiento temporal del derecho a la asistencia sanitaria.

Es verdad que el artículo 3.2 señala la base de datos de usuarios para la acreditación de la situación de los ciudadanos en relación con la asistencia sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, pero también lo es por ejemplo que la Orden de 9.6.99 por las que se regula el procedimiento de libre elección y se establecen las normas para la asignación de médico general y pediatra, considera como interesados en dicho procedimiento a las personas que acrediten tener derecho a la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Andaluz de Salud, y a tales efectos señala los siguientes medios de acreditación: documento de afiliación a la Seguridad Social, tarjeta sanitaria del SAS, tarjeta sanitaria individual y documento de acreditación temporal del derecho a la asistencia.

En el mismo sentido el Decreto 260/2001 de 27 de noviembre, por el que se adaptan las retribuciones de determinado personal de Atención Primaria a la tarjeta sanitaria individual y a la libre elección de médico, calcula la cuantía económica de determinados conceptos retributivos con arreglo al número de usuarios con derecho reconocido a la asistencia sanitaria, acreditado mediante tarjetas sanitarias individuales del Sistema Nacional de Salud o documento temporal de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria (artículo 1.2).

También cuando en el artículo 8 se refiere a las retribuciones por asistencia a desplazados y ciudadanos sin tarjetas sanitarias viene a efectuar una correspondencia de estos últimos con los usuarios sin derecho a la prestación de asistencia sanitaria por el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

No en vano la normativa que regula el acceso a la prestación de asistencia sanitaria prestada por el Servicio Andaluz de Salud en la Comunidad Autónoma de Andalucía, a las personas sin recursos económicos suficientes (decreto 66/90 de 27 de febrero, y Orden de 26.3.1990, cuya vigencia hay que poner en duda a partir del R.D. 1192/2012, de 3 de agosto, que ha derogado el R.D. 1088/1989, que con la misma finalidad se había dictado en el ámbito estatal), determina la expedición de la tarjeta sanitaria individual para los solicitantes y quienes convivan a su cargo, una vez que se realice el reconocimiento del derecho por parte del INSS, cuando se cumpla con los requisitos previstos en la misma para causar aquél, por lo que no cabe duda de que para los que así se benefician de las prestaciones del sistema, la tarjeta resulta acreditativa de su derecho a la asistencia.

A mayor abundamiento la Circular 8/99 de 3 de septiembre, sobre actualización del procedimiento para la acreditación del derecho a la asistencia sanitaria y libre elección de médico, también contempla la tarjeta sanitaria entre «los documentos que acreditan el derecho a la asistencia sanitaria en el Servicio Andaluz de Salud», y que deberán ser presentados por quienes accedan a los centros sanitarios del SAS con dicha finalidad.

Por último el R.D. 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud, determina que tras el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, el mismo se hará efectivo por las Administraciones Sanitarias competentes, que

facilitarán el acceso a las prestaciones mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

En definitiva que el carácter meramente identificativo de las tarjetas sanitarias individuales en el SSPA no es algo que se destaque claramente en la regulación autonómica sobre la materia, y sobre todo que en caso de que así se considere, por un lado se está contradiciendo normativa básica del Estado que determina la emisión de la tarjeta sólo para quienes tienen acreditado el derecho a la asistencia sanitaria pública, y por otro, se está induciendo a la confusión generalizada de los ciudadanos que al habérseles proveído de la referida tarjeta, se creen titulares de un derecho que sin embargo pueden no tener.

Al objeto de evitar las consecuencias indeseables que hemos comprobado que se derivan de esta situación, optamos por dirigir una Recomendación a la Consejería de Salud para que promoviera la acomodación de la tarjeta sanitaria individual emitida en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, a las previsiones del artículo 2.1 del R.D. 183/2004, de 30 de enero, llevando a cabo en su caso la adaptación normativa que se hiciera precisa; aunque la misma no fue aceptada por aquella, argumentando que la normativa estatal solamente fija un mínimo común a aplicar en todo el territorio nacional, lo que no excluye la posibilidad de que la tarjeta se expida a todos los ciudadanos a efectos identificativos.

Disconformes con esta interpretación, porque no pensamos que se esté fijando el contenido mínimo de un derecho, que luego pueda ser objeto de ampliación en el ámbito autonómico, sino precisamente de regular el medio que acredita la titularidad de dicho derecho, desvirtuándose de otra manera su funcionalidad; no podemos sino coincidir en cuanto a la necesidad que la Administración referida nos expresaba de mejorar la información a los profesionales y ciudadanos cuando acuden a los centros de la red pública, así como los mecanismos de comprobación de la situación en que se encuentran, lo que no evita que aún se produzcan situaciones como la que es objeto de consideración en este expediente, con consecuencias absolutamente graves para quienes las padecen.

A tenor de las informaciones obtenidas de la Consejería de Salud, a las que antes hacíamos referencia, la base de datos de usuarios es la que contiene los datos relativos al aseguramiento y por lo tanto permite la acreditación del derecho a la asistencia sanitaria. Siguiendo también dichos dictados, es preciso señalar que dicha base de datos puede ser consultada desde todos los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía y al tiempo que tuvo lugar la asistencia de la esposa del interesado, al menos se actualizaba mensualmente.

Partiendo de estas premisas, cuando analizamos casos como el que nos ocupa, no podemos menos que preguntarnos por qué cuando un ciudadano trata de recibir asistencia sanitaria en cualquier centro de dicho sistema, sea de atención primaria o especializada, no se consulta en la referida base de datos si tiene cobertura sanitaria del sistema. Si esto se hiciera así podría comprobarse en cada caso la existencia del derecho, y en el supuesto de que dicha persona no fuera titular del mismo, habría de advertírsele de dicha circunstancia y del

propósito de facturarle la asistencia que se le dispense, para el caso de que continúe accediendo a la misma en estas condiciones.

El artículo 9 de la Ley 2/98 de 15 de junio de Salud de Andalucía, determina que la Administración de la Junta de Andalucía «garantizará a los ciudadanos información suficiente, adecuada y comprensible sobre sus derechos y deberes respecto de los servicios sanitarios en Andalucía, y sobre los servicios y prestaciones sanitarias disponibles en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, su organización, procedimientos de acceso, uso y disfrute, y demás datos de utilidad».

No podemos considerar que esta previsión se haya cumplido, ni en el caso particular de la interesada, a la que en ningún momento se advirtió de su situación en torno a su derecho de acceso a las prestaciones y servicios de salud individual y colectiva (artículo 6.1 a) de la Ley referida), ni con carácter general a los ciudadanos respecto de la funcionalidad de la tarjeta sanitaria individual y las precauciones a adoptar ante su exhibición con título acreditativo del derecho a la asistencia sanitaria.

Puesto que los centros sanitarios a los que acuden los ciudadanos no realizan normalmente las comprobaciones que estamos reclamando, la tarjeta sanitaria individual, con independencia del carácter que le atribuya la Consejería de Salud, y de la adecuación de esta consideración a la legalidad vigente, viene funcionando de hecho como la llave de acceso al sistema.

En este sentido y tras las argumentaciones expuestas, entendemos que no cabe que por varios centros del Sistema Sanitario Público, se admita a la interesada, o a cualquier otro ciudadano, a la prestación de la asistencia sanitaria que se dispensa en los mismos con la mera presentación de la tarjeta sanitaria individual, que no se lleve a cabo ninguna comprobación de su derecho a la asistencia sanitaria mediante la consulta de la base de datos de usuarios del SSPA, a pesar de que se encuentra plenamente accesible en todos ellos, que esta situación se suceda de manera reiterada, y que después se niegue el valor que se ha otorgado a aquélla como documento acreditativo de la cobertura, y cuando accidentalmente se conozca que la persona a la que se ha dispensado asistencia carecía de tal derecho (según las reglas de un sistema que no responde a los principios inspiradores del derecho a la protección de la salud en nuestra Constitución), se trate de resarcirse del coste de dicha asistencia mediante la liquidación de dicho gasto y su ejecución por los procedimientos previstos para ello en el caso de las Administraciones Públicas (incluida la vía de apremio).

A todo lo anterior se une la indudable buena fe que preside el comportamiento de la interesada, que se ha visto legitimada en todo momento por la sucesión de actuaciones sanitarias para con ella y con su hija, sin ningún tipo de advertencia de quien tenía en su poder los medios para averiguar la realidad de su situación, situación que por otro lado sólo expresa una exclusión formal del sistema de cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, contraria a las normas que establecen la universalidad del sistema, que además no impediría que se beneficiara de la prórroga indefinida del derecho, como de hecho ha venido ocurriendo con la interesada y con un número incontable de

ciudadanos que, tras un período de actividad laboral en el que gozaron del derecho a la asistencia sanitaria como trabajadores en activo, pasaron a estar desempleados, o bien que accediera a la asistencia por cualquier otra vía.

Hubiera bastado la advertencia de los servicios sanitarios que en múltiples ocasiones la atendieron durante el proceso de embarazo y parto, y atención posterior de su hija, para que la interesada hubiera regularizado su situación, evitándose el ingente perjuicio que de esta situación se le deriva”.

Terminamos la resolución con sendas **Recomendaciones** elevadas a la Dirección General de Asistencia sanitaria y resultados en salud del SAS, para que por un lado, se requiriera al centro hospitalario afectado al objeto de que se abstuviera de emitir la liquidación de gastos por la asistencia proporcionada a la esposa del interesado y su hija, y en segundo término, y con carácter general, para que se intensificaran los medios al objeto de informar adecuadamente a los ciudadanos y al personal de admisión de los centros sanitarios del SSPA, sobre la funcionalidad actual de la tarjeta sanitaria individual en nuestro ámbito territorial, y que cuando se demande el acceso a la asistencia sanitaria en cualquier centro del SSPA, se consulte en todo caso individualizadamente la base de datos de usuarios del mismo, para comprobar el derecho a la asistencia sanitaria del peticionario, por las eventuales modificaciones que en relación con aquél hayan podido acaecer, y si se comprueba la falta de cobertura sanitaria de quien pretende recibir prestaciones del sistema, se informe adecuadamente de esta circunstancia, y se advierta de la eventual facturación del coste de dichas prestaciones conforme a la normativa reguladora de los precios públicos de los servicios sanitarios en nuestra Comunidad Autónoma.

La primera de nuestras Recomendaciones sin embargo no ha sido aceptada, según se desprende de la respuesta emitida a la misma, con un único fundamento que se vincula a la condición de mutualista de la esposa del interesado, afirmación que no podemos compartir, pues si bien el esposo de la afectada era afiliado de Muface, ella había tenido siempre cobertura del sistema sanitario público, en la medida en que desempeñaba una actividad laboral que implicaba su afiliación al sistema de Seguridad Social, aunque en un determinado momento devino desempleada.

A la vista de lo expuesto, y dado que en esta Institución continuamos considerando que es posible una solución positiva sobre este asunto, hemos puesto en conocimiento del mismo a la Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en su calidad de máxima autoridad del organismo afectado, encontrándonos a la espera de recibir su respuesta.

La segunda cuestión de relevancia dentro del ámbito subjetivo del derecho a la asistencia, ya hemos visto que gira en torno al derecho de las personas inmigrantes, fundamentalmente por lo que hace a las que carecen de autorización de residencia, las cuales normativamente se han visto excluidas del sistema, aún cuando conserven un derecho de carácter parcial a la asistencia por razones de urgencia, junto a otros conceptos concretos (atención a embarazo, parto y puerperio, o a personas menores de edad).

Por la preocupación que a este respecto nos embargaba iniciamos de oficio la **queja 12/3895**, en cuya tramitación interrogamos a la Administración Sanitaria sobre las medidas a adoptar en este campo, de manera que durante el ejercicio pasado recibimos la respuesta, la cual lleva a cabo una afirmación expresa del mantenimiento de la asistencia

sanitaria a los inmigrantes residentes en Andalucía. Partiendo de la base de que las personas inmigrantes no pueden ser discriminadas en el ejercicio de este derecho, esgrime que la asistencia se sigue prestando con normalidad a este colectivo y que los documentos de reconocimiento de la asistencia sanitaria que se venían concediendo tienen plena vigencia, e insiste en seguir sobre este particular las Recomendaciones del Consejo de Europa y el Parlamento Europeo.

En esa tesitura, y contando con esta declaración formal (hemos podido acceder a las Instrucciones remitidas a todos los dispositivos asistenciales con esta finalidad), concluimos nuestras actuaciones en este expediente, aunque conscientes de las dificultades e incidencias que de alguna manera obstaculizan el acceso a la asistencia de los integrantes del colectivo que estamos considerando, así como del tratamiento de este asunto de una forma absolutamente heterogénea en los distintos dispositivos que integran el Sistema Sanitario Público de Andalucía, también hemos mostrado nuestra disponibilidad a los ciudadanos para seguir investigando los supuestos individuales que se nos presenten, y reclamando en su caso la remoción de dichos impedimentos para que puedan ser beneficiarios de las prestaciones sanitarias que les correspondan.

En este sentido por ejemplo tuvimos ocasión de pronunciarnos en la **queja 13/882**, promovida también por causa de la facturación de la atención sanitaria, proporcionada en este caso a un ciudadano cubano, a raíz de su ingreso en un centro hospitalario al que acudió por el estado de salud absolutamente precario que presentaba. Contaba al parecer con autorización para residir legalmente en España, y documento de reconocimiento de asistencia expedido por la Administración Sanitaria, el cual le había valido para ser asistido en otros dispositivos del sistema sanitario público de Andalucía sin ningún tipo de problemas, pero según el informe administrativo recibido, sin discutirse el derecho a la asistencia del interesado por la vía del Programa de Asistencia Sanitaria a inmigrantes, se señaló simplemente la falta de vigencia del reconocimiento temporal de su derecho, puesto que no fue renovado cuando el mismo expiró, de manera que en el momento en el que se produjo la demanda de asistencia por lo visto no tenía cobertura.

En la resolución que emitimos en este expediente analizamos la manera en la que la vinculación del derecho a la asistencia sanitaria del sistema público con el régimen de seguridad social, se proyectaba en relación con los extranjeros, y las vías alternativas de acceso fijadas por la Administración Autónoma para los extranjeros en situación irregular:

“En el marco de regulación más arriba reseñado, la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, vino a desarrollar para este colectivo el derecho a la protección de la salud contenido en el artículo 43 de la Constitución, de forma que su artículo 12 en su primitiva redacción otorgaba el mismo a los extranjeros que se encontraran inscritos en el padrón municipal en las mismas condiciones que los españoles.

Ateniéndonos a este criterio las personas extranjeras podían acceder a la asistencia sanitaria del sistema público porque residían y trabajaban legalmente en España, y se incluían en alguno de los regímenes de Seguridad Social; pero también porque figuraban en el padrón del municipio donde residían habitualmente, a lo que en principio se añadía para causar el derecho, de la misma manera que a los españoles y a tenor de los razonamientos más arriba

realizados, la acreditación de la carencia de recursos económicos suficientes, conforme a lo establecido en el R.D. 1088/1989.

Lo que ocurre es que el marco normativo andaluz también respecto de este colectivo llevó a cabo una ampliación del derecho a la asistencia sanitaria, a través del Convenio suscrito en el año 1999 entre la Consejería de Salud, la Fundación Progreso y Salud, y diversas organizaciones (ONGs, sindicatos, y colegios profesionales), que dio origen al “Programa de atención sanitaria a inmigrantes”, con la finalidad de incorporar a la asistencia sanitaria a las personas inmigrantes no empadronadas.

En virtud de dicho programa y tras la derivación de alguna de estas organizaciones, se emite por el Distrito Sanitario correspondiente un documento de reconocimiento temporal del derecho a la asistencia sanitaria, mediante el cual se produce la asignación de médico y centro de salud, no requiriéndose en estos casos nada más.

El importante avance que supuso la supresión del requisito de la residencia legal, sustituyéndola por la exigencia del empadronamiento, se ha revertido sin embargo recientemente por las modificaciones operadas mediante el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, cuya disposición final 3ª modifica el artículo 12 de la Ley 4/2000, de 11 de Enero, antes reflejado, remitiendo a la legislación sanitaria la regulación del derecho a la asistencia de las personas extranjeras, y supeditando el derecho a la asistencia a la tenencia de una autorización de residencia en vigor.

De todas maneras, la Administración Sanitaria Andaluza ha manifestado formalmente a esta Institución la intención de mantener la asistencia sanitaria a los inmigrantes residentes en Andalucía, afirmando que la misma se sigue prestando con normalidad a los inmigrantes que no cuentan con autorización de residencia, de manera que el documento de reconocimiento de la asistencia sanitaria que se ha venido concediendo a las personas que se encuentran en esta situación continúa plenamente vigente”.

Por otro lado pusimos de manifiesto determinadas incidencias en la tramitación del reconocimiento del derecho del interesado, puesto que pensamos que a la fecha de la caducidad de su reconocimiento temporal ya debía disponer de su tarjeta sanitaria individual, destacamos una vez más la vulneración del derecho a la información sobre las formas de acceso a los servicios sanitarios, y pedimos que se revisara de oficio y se anulara la liquidación efectuada, por considerar que al interesado se le dispensó asistencia urgente motivada por una enfermedad grave, y que esta última debe proporcionarse a cualquier ciudadano con independencia de su situación administrativa:

“Tanto en el régimen establecido por la Ley de extranjería como en el actual, modificado por el Real Decreto-Ley 16/2012, las personas extranjeras tienen reconocido el derecho a la asistencia sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente, sin que sea necesario en estos supuestos

acreditar situación administrativa alguna, cualquiera que sea la causa y hasta la situación de alta médica.

Cabe destacar en este punto que el concepto de asistencia urgente que se utilizaba en el artículo 12 de la Ley 4/2000 de 11 de enero, como el que ahora se contempla en el nuevo artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, no se identifica con el de asistencia urgente de carácter vital, tantas veces definido por la Jurisprudencia, como requisito clave para legitimar el reintegro de los gastos cuando la asistencia se presta por medios ajenos a los del Sistema sanitario público.

Mientras esta última exige que la naturaleza y síntomas de la patología que cause la demanda de asistencia hagan previsible un riesgo vital o inminente muy próximo, o un daño irreparable para la integridad física de la persona de no obtenerse de inmediato una actuación terapéutica; la atención urgente a las personas inmigrantes no presupone que exista un riesgo inmediato para la vida, basta con que se trate de un padecimiento de carácter grave o un accidente, para que se justifique la dispensación de aquella con independencia de la situación administrativa del paciente”.

La respuesta recibida del hospital afectado en el caso fue enteramente satisfactoria para la pretensión del interesado, pues para aceptar los términos de nuestra resolución, nos dio cuenta de la revisión del expediente de gasto y su subsiguiente anulación, a pesar de que el mismo ya se encontraba en fase ejecutiva.

En la **queja 13/2791** valoramos otras dificultades que se ponían de manifiesto en el acceso a la asistencia sanitaria de las personas inmigrantes en situación irregular, representadas en este caso por la exigencia de documentos identificativos (pasaporte) de los demandantes de aquella, en evitación del trasiego de tarjetas sanitarias dentro de este colectivo, y los riesgos que se derivaban de la falta de correspondencia de los pacientes con los datos registrados en las historias clínicas correspondientes.

Por nuestra parte, entendíamos que el derecho a la asistencia de los integrantes de este colectivo no se discutía por la Administración, y tampoco nos parecía que se pusiera en tela de juicio por los profesionales que intervinieron en el supuesto concreto que analizamos, sino que el debate se proyectaba sobre la manera de acceder al mismo:

“Partimos en principio del valor de la tarjeta sanitaria o el documento de reconocimiento temporal de la asistencia para la identificación de quien se acerca a cualquier dispositivo del SSPA solicitando atención para sus padecimientos, y ello con independencia de que se puedan desencadenar las consecuencias legales oportunas para quien llevara a cabo un uso fraudulento de dicho instrumento.

Pensamos sin embargo que lo anteriormente reflejado no obsta a que con carácter general se puedan establecer medidas adicionales para reforzar la identificación de los usuarios, en aras de la garantía de su seguridad, y en evitación de una multiplicidad de efectos adversos que, de existir error en aquella, pudieran derivarse para los mismos, con muy diversos niveles de gravedad.

En este ámbito se sitúa la Estrategia de Seguridad del paciente, alegada por la Administración, como instrumento que dimana del Plan de Calidad, y que se desarrolla en una segunda etapa (2011-2014) en un documento que no deja de tener una naturaleza igualmente planificadora, definiendo metas y objetivos, así como acciones tendentes a contribuir a su consecución.

En este marco, y dentro del área denominada “Espacio compartido”, se define como objetivo la adecuación de la organización de la Unidad de Gestión Clínica para prestar atención segura a la persona, adaptada a sus características, su diversidad, y sus necesidades; y se consagra como acción dirigida al mismo la de garantía de la identificación y verificación inequívoca de la persona en todos los contactos de la ciudadanía con el SSPA.

Así destaca el Procedimiento general de identificación de pacientes, que tiende al establecimiento de una política de identificación segura de la persona a la que va dirigida el tratamiento, los cuidados o el servicio, y se prevé para ello que a todo ciudadano que sea atendido en el SSPA se le realice una recogida de datos administrativos (verificándose con un documento administrativo DNI, NIF/NIE, y/o pasaporte), o bien si ya se le hubieren recogido con anterioridad, que se proceda a la actualización o comprobación de los mismos.

Consultados los informes de evaluación sobre la implantación de esta Estrategia, en concreto el último referido al mes de Mayo del año en curso, nos encontramos con que al margen de que no todas las unidades de gestión clínica participan en la evaluación, algunos porcentajes relativos a las medidas, objetivos y criterios no alcanzan todavía un valor muy elevado, lo cual no viene sino a corroborar que la aplicación de las medias previstas en la Estrategia se produce aún de una manera muy desigual entre los distintos centros del SSPA.

Ahora bien la Estrategia más arriba referida y a efectos de identificación inequívoca, contempla el establecimiento de medidas específicas en pacientes vulnerables, añadiendo a continuación algunos supuestos que podrían considerarse como tales (enfermos mentales, menores, discapacitados, ...), y a los que nosotros sin lugar a dudas queremos añadir, reclamando similar consideración de especificidad, a los pacientes que pertenecen al colectivo de inmigrantes irregulares o sin autorización para residir en territorio español.

Como ya hemos reseñado en el primer punto de esta resolución, la situación de estos pacientes a efectos del derecho a la asistencia sanitaria, se ha modificado sustancialmente tras la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril; pero ya con carácter previo a esta reforma normativa se hizo necesario arbitrar un procedimiento especial para vehiculizar el acceso a la asistencia sanitaria de aquellos inmigrantes que no figuraban inscritos en el padrón municipal, y que por lo tanto quedaban fuera del Sistema.

De ahí el Acuerdo de colaboración suscrito entre esa Consejería y diversas organizaciones sindicales y entidades no gubernamentales, cuya principal finalidad es «facilitar el acceso al Servicio Sanitario Público de Andalucía a la población inmigrante».

Como punto de partida de esta vía de acceso a las prestaciones del sistema, se tienen en cuenta las características de un colectivo en el que junto a las barreras idiomáticas y culturales, la vida itinerante, el desconocimiento de sus derechos básicos, al menos en un primer momento, y su fragilidad desde el punto de vista económico, se sitúa en un lugar destacado «la situación de irregularidad y el temor a la repatriación».

Es por eso que si con carácter general tenemos que saludar positivamente la implantación de la Estrategia de Seguridad del paciente, y las medidas que la misma conlleva para evitar los perjuicios a los que puede dar lugar un error en la identificación, pensamos que debe aplicarse con cautela respecto del colectivo que estamos considerando, pues la exigencia de requisitos adicionales a la exhibición de la tarjeta sanitaria o el documento de reconocimiento temporal del derecho a la asistencia, cuya obtención aparece garantizada por el Acuerdo antes aludido, puede convertirse en estos casos en una barrera añadida para el acceso a la asistencia, e incluso infranqueable para aquellos que no pueden aportar documentos adicionales de identificación, por la simple razón de que carecen de ellos.

Y es que ciertamente no podemos considerar que el requerimiento de la aportación de documentos identificativos conlleve una negativa a la atención sanitaria en el común de los casos, y conforme a este criterio viene procediendo esta Institución, al entender que lo único que se origina es una postergación del acceso a la asistencia que aparece justificada por un beneficio mayor.

Pero no podemos obviar que existe un colectivo de personas que ha accedido a nuestro país de manera irregular, y que reside en el mismo sin ningún título válido, que no puede aportar ningún documento identificativo expedido por las autoridades españolas, ni incluso de su país de origen, para los cuales la exigencia que estamos considerando, lejos de conllevar un mero retraso en la atención para las demandas de asistencia que no se estimen urgentes, puede implicar una auténtica negativa.

Como la exigencia de seguridad en estos casos se sigue manteniendo, a la vista de los episodios que se relatan en la documentación que integra el informe administrativo, se impone por tanto la búsqueda de mecanismos que permitan alcanzar la identificación inequívoca de los pacientes, pero que no impliquen la petición de documentos adicionales de identificación a quienes no los posean, para de esta forma conjugar la garantía del ajuste de los datos de la historia clínica, con el acceso a la atención sanitaria correspondiente.

Llegados a este punto tenemos necesariamente que volver la mirada sobre las entidades y organizaciones suscriptoras del convenio, que en virtud del mismo han asumido una serie de obligaciones, entre las que figuran las de realizar funciones que favorezcan la accesibilidad a los servicios, y dentro de ellas, la de acompañar a la persona inmigrante al centro sanitario realizando la traducción, o incluso facilitarle un documento debidamente validado por la organización donde quede constancia de la necesidad asistencial de la misma.

Se nos ocurre por tanto que en los casos en los que la identificación de la persona inmigrante suscite dudas para los profesionales del centro de salud que

le corresponda, se pueden utilizar las vías antes referidas para disipar las mismas, llevándose a cabo la identificación por el propio personal de la organización suscriptora del convenio que la ha derivado a aquél, cuantas veces se haga necesario, bien a través del acompañamiento personalizado, bien mediante un documento validado por la organización, que así viene a responsabilizarse de este crucial aspecto.

Advertidos sin embargo de la posibilidad de que dicho cumplimiento no sea factible en algunos casos, con lo que ello puede suponer de denegación implícita, elevamos a esa Administración Sanitaria una propuesta que permita la identificación inequívoca de las personas inmigrantes en situación irregular por medios alternativos, con el objeto de que se valore su adopción, y en su caso se regule su aplicación uniforme en el conjunto del territorio autonómico, con especial incidencia en las áreas geográficas donde es más elevada la tasa de población inmigrante en las circunstancias que venimos refiriendo”.

La **Sugerencia** que se realizó en este sentido a la Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales aún no ha tenido respuesta.

2. 5. 2. El derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los datos de salud.

La normativa vigente garantiza el derecho de lo usuarios a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y su estancia en cualquier centro sanitario. Por considerar que la satisfacción de este derecho peligraba en un determinado hospital, a causa del registro de los datos relativos a las afecciones de los pacientes, en los listados diarios de los mismos que se entregan a los intérpretes, para los casos en los que aquellos precisaran sus servicios; se articuló por una ciudadana integrante de una asociación de voluntarios intérpretes la **queja 13/3893**.

La reclamante consideraba que los intérpretes deben limitarse a traducir, sin que puedan acceder a este tipo de información que pertenece al ámbito privado de las personas, a lo que el hospital respondió explicando la labor de la asociación de voluntarios en el centro, considerando que la misma es fundamental para la correcta atención al numeroso colectivo de extranjeros que residen en la comarca.

Apunta la Administración Sanitaria sobre este conflicto, que la Ley 6/1996 de 15 de enero del Voluntariado en España dispone la obligación de guardar, cuando proceda, confidencialidad de la información recibida y conocida en el desarrollo de su actividad, y que los voluntarios que integran la asociación actuante conocen sus obligaciones en dicha materia, se encuentran perfectamente concienciados de la importancia de la confidencialidad de los datos que manejan, tienen instrucciones precisas de la forma de tratar dicha información y los pacientes confían en ellos, siendo sometidos a un período de tutorización al inicio de la prestación de sus servicios, que junto al dominio del idioma, y la corrección de la traducción, se encarga de comprobar la confidencialidad en el manejo de datos.

Respecto al listado manejado por los voluntarios en el desempeño de su labor, menciona la existencia de un protocolo tanto para su custodia, como para su destrucción una vez utilizado, y en todo caso nos dan a conocer el establecimiento de una nueva herramienta informática que permite facilitar la labor de los voluntarios sin que aparezca ningún dato relativo a la salud de los pacientes, por lo que teniendo en cuenta esta

información estimamos que el asunto por el que la interesada acudió a nosotros se había solucionado, y a continuación concluimos nuestras actuaciones en el mismo.

En la **queja 12/4604** lo que se cuestiona específicamente es la negativa de la Administración Sanitaria a proporcionar información sobre las personas que habían accedido a la historia clínica digital de determinados pacientes, los cuales exigían la puesta en conocimiento de los datos identificativos de aquellas, con indicación de la categoría profesional y fecha de acceso al historial, pues entendían que de no accederse a su solicitud, resultaría imposible saber si alguien había accedido a dicha información sin la debida autorización, y se estaría amparando la impunidad de aquellos que podían estar accediendo a los datos personales de multitud de ciudadanos. Fundamentaban su petición en la sospecha respecto del acceso a sus datos de salud por parte de una profesional, y exponían los motivos que justificaban dicha sospecha.

En el informe solicitado se incorporaba el contenido del dictamen emitido por la Asesoría Jurídica del SAS, el cual a su vez reproducía pronunciamientos de la Agencia Española de Protección de Datos en casos similares, según los cuales el derecho de acceso a los datos que son objeto de tratamiento no incluye el de conocer las personas que han podido acceder a la información. Por otro lado, entendíamos que dicha información no forma parte del contenido de la historia clínica, por lo que la solicitud no podía quedar amparada por el derecho que asiste al interesado a obtener copia de la misma.

Estimamos, no obstante, que lo anterior no impedía que los interesados pudieran verificar si se había producido un acceso ilegítimo a sus datos personales. En este punto traíamos a colación que la Administración Sanitaria viene obligada a mantener múltiples comprobaciones periódicas, y puede igualmente realizar la investigación oportuna a instancias del interesado, si por su parte se ejercitaba la denuncia pertinente exponiendo indicios suficientes de la intromisión que sospechaba, identificando la persona o persona que consideraba responsable de la misma.

Al mismo tiempo les informamos de que les asistía la opción de formular una denuncia ante la Agencia Española de Protección de Datos, la cual tiene capacidad y los medios para realizar diligencias de investigación en orden a comprobar los hechos objeto de aquella, y en su caso, ejercer la potestad sancionadora si se comprueba la comisión de algún tipo infractor.

Absolutamente interesante nos resultó el planteamiento de la promotora de la **queja 13/3091**, denunciando la vulneración de la intimidad de los pacientes como consecuencia de la presencia e intervención en las actuaciones sanitarias para con los mismos en los centros públicos, de personal sanitario en formación, demandando que en estos casos se pida el consentimiento previo de aquellos, y que se instrumente un procedimiento para manifestarlo que clarifique los derechos de los usuarios en esta importante cuestión.

La Administración en su informe se posicionó a favor de esta reivindicación y nos dio cuenta de los instrumentos de planificación elaborados al respecto, y en concreto de la actividad 12 que se incardina en el objetivo 2 de la Estrategia de Bioética del SSPA.

A partir de este planteamiento nos anunció la realización de un recordatorio a todos los centros, con indicaciones relacionadas con la información previa al paciente sobre

la presencia de personal en formación, y la solicitud de autorización en cuanto a su participación en las actuaciones que pudieran resultar sensibles para la intimidad.

Ahora bien, puesto que entre las metas a conseguir en los instrumentos aludidos se establecía la definición de un catálogo de medidas de mejora de la intimidad en el 100% de los centros sanitarios y Unidades de Gestión Clínica, y dado que se refería a finales de 2012 la pauta temporal para su realización, estimamos oportuno solicitar un informe complementario para conocer los resultados de la evaluación de la Estrategia referida en este concreto aspecto, que nos permitiera saber cuántos centros y UGC cuentan con dichos catálogos y, fundamentalmente, si en los mismos se recogen expresamente previsiones respecto a la información previa y solicitud de autorización referidas.

En lo relativo a este concreto planteamiento se procedió a derivar nuestra petición a la unidad competente de la Consejería de Salud (Dirección General de calidad, investigación, desarrollo e innovación), pero con el segundo informe se nos envió copia de la nota informativa dirigida a todos los Distritos de atención primaria, hospitales y Áreas de gestión sanitaria, que por nuestra parte remitimos a la interesada, al objeto de que pudiera hacer valer su contenido ante eventuales procesos asistenciales en los que debiera ser atendida en el ámbito del sistema sanitario público de Andalucía, exigiendo la puesta en práctica de las medidas previstas en la misma, sin perjuicio de lo cual le mostramos también nuestra disponibilidad para que, en caso contrario, pudiera volver a ponerse en contacto con nosotros para prestarle nuestra colaboración.

2. 5. 3. Derecho a realizar la declaración de voluntad vital anticipada.

Este derecho ya fue instrumentado mediante la Ley 5/2003, de 9 de octubre, y se recoge de nuevo en la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte, con la intención de que los ciudadanos puedan expresar anticipadamente sus decisiones en cuanto a las actuaciones sanitarias de las que pudieran ser objeto en épocas en las que no tuvieran capacidad para ello.

A principios del pasado año culminamos nuestras actuaciones en la **queja 11/5344**, por la que se nos había trasladado nuevamente el problema de la falta de descentralización del registro de voluntades vitales anticipadas. En concreto, el interesado preguntó en un determinado centro hospitalario por la posibilidad de ejercer su derecho a declarar su voluntad vital, para lo cual se le facilitó un formulario, tras cuya cumplimentación le fue emitida cita en la capital de la provincia, por lo que tuvo que desplazarse desde su pueblo y al final no fue posible realizar el trámite, después de haber invertido dinero en los billetes de autobús, y haber realizado el trayecto a pesar de su estado. Entendía que resultaba injustificado el desplazamiento sólo para firmar los documentos y solicitaba que este derecho se pudiera ejercer en cada pueblo.

El informe recibido de la Administración Sanitaria aseveró que el Decreto 59/2012, de 13 de marzo, auspiciaba el establecimiento de sedes del registro en los dispositivos asistenciales del sistema, centros de salud y hospitales, y explicó el proceso que se estaba llevando a cabo, desarrollando el sistema de información, comprobando las infraestructuras y desarrollando acciones formativas, para que la deseada descentralización se hiciera efectiva, anunciando al mismo tiempo la tramitación de una Orden que habría de designar los nuevos puntos del registro.

Por su parte en la **queja 12/5503** y la **queja 12/5504**, lo que se denunciaba era el cierre de la agenda de citas para formalizar la inscripción, a la vista de que las solicitudes realizadas con este motivo no habían tenido respuesta. El informe administrativo nos dice que se les remitió escrito a los reclamantes indicando que por motivo de los cambios en la organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas no era posible realizar la inscripción, pero que una vez fueron adaptados los sistemas de organización y funcionamiento, llevaron a cabo la misma.

La demora en la citación con esta finalidad también es la causa que subyace en la **queja 13/3391**, lo que ocurre es que en este caso el afectado padecía una enfermedad en estado terminal, lo que hacía que la fijación de aquella a cuatro meses vista se tornara absolutamente inoportuna. El asunto se resolvió mediante el contacto directo de la Administración Sanitaria con el reclamante, que permitió el ejercicio de su derecho a los pocos días.

2. 6. Centros.

En el Informe Anual correspondiente a 2012 tuvimos ocasión de comentar las vicisitudes que habían afectado al concurso convocado por la Administración Sanitaria para la apertura de oficinas de farmacia, vinculadas a la anulación de determinados preceptos de la convocatoria que se había producido por sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, y a las actuaciones que subsiguientemente tuvieron que llevarse a cabo para dar cumplimiento a esta última.

Ya entonces recibimos un número significativo de quejas que mostraban preocupación por las repercusiones del fallo judicial, manifestando disconformidad con el mismo, y afirmando que había de producir perjuicios significativos al interés general de los ciudadanos, que verían mermada la asistencia que los establecimientos de farmacia proporcionan, así como para los adjudicatarios del procedimiento, pues los de la primera fase se veían obligados a permanecer en la titularidad de sus farmacias actuales, al tiempo que muchos de ellos habían realizado importantes desembolsos económicos para la disponibilidad del local.

Tras informar a los interesados, en estos casos, de que nos está vedada la posibilidad de intervenir en asuntos pendientes de resolución en los tribunales de justicia (artículo 17.2 de nuestra Ley reguladora), dado el innegable interés público de este asunto, decidimos admitir las quejas a trámite y solicitar informe de la Dirección General de Planificación y Ordenación Farmacéutica con el fin de conocer la postura de la Administración Sanitaria a la vista de la sentencia: si se iba a recurrir en casación, qué medidas se habían adoptado tras la notificación del fallo, y, en definitiva, qué actuaciones se iban a llevar a cabo para dar cumplimiento al mismo.

El informe recibido resultó explicativo de todas las cuestiones suscitadas, indicándose que no se había interpuesto recurso de casación a la vista de las alegaciones del gabinete jurídico de la Junta de Andalucía y anunciativo de una serie de actuaciones que se han ido desarrollando con posterioridad y que incluía la elaboración de una Orden de la Consejería para dar cumplimiento a la sentencia, permitiendo la participación de los colectivos indebidamente excluidos (mayores de 65 años, y cotitulares de oficinas de farmacia que quisieran participar individualmente), y la rebaremación de los participantes

que se veían afectados por la rebaja en la puntuación que se atribuía a la situación de desempleo.

La previsión de plazo para el desarrollo de las actuaciones se situaba en torno a los cinco o seis meses, de manera que al tiempo de cierre de los expedientes se habían dictado diversas resoluciones para materializarlas. En concreto, la de 12 de diciembre de 2012, por la que se dispone el cumplimiento de la sentencia; la de 16 de enero de 2013, que declara admitidas las solicitudes indebidamente excluidas a tenor del fallo, y modifica la puntuación definitiva de quienes se ven afectados por la rebaremación; las de 21 de enero de 2013 y 4 de febrero de 2013, que aprueban los listados de admitidos y excluidos en relación con las nuevas solicitudes presentadas; la de 26 de febrero de 2013 con los nuevos listados de solicitudes admitidas y excluidas y las puntuaciones provisionales, y por último la de 27 de febrero de 2013, que aprueba nueva lista de puntuaciones provisionales de los participantes admitidos en la fase tercera, con la finalidad de contar con un número suficiente de aspirantes en la misma.

Por otro lado, el año pasado retomados el asunto del cierre de la unidad de cuidados paliativos ubicada en el Paseo de la Conferencia de Algeciras, cuando algunos ciudadanos nos indicaron que la clausura temporal se había convertido en definitiva, ante lo cual incoamos de oficio la **queja 13/2086**.

Y es que los familiares de los enfermos afectados seguían insistiendo en la existencia de diferencias significativas de calidad en la prestación del servicio en una u otra ubicación, pues en el centro sito en el Paseo de la Conferencia la atención era inmediata, se conocían de antemano los antecedentes de los pacientes, y disponía de dispositivos ambulancias para el traslado de los mismos, bastando para poner en marcha la actuación, una simple llamada telefónica. Sin embargo, en el Hospital de Algeciras, según su parecer, los pacientes se veían obligados a pasar por el circuito de urgencias, o llamar al 061, por lo que aquella no era ni mucho menos inmediata sino que estaba sujeta a disponibilidad.

Desde esta Institución hemos comprobado en ocasiones las dificultades a las que aludían los interesados, por la necesidad de pasar por circuitos previos (urgencias, 061, ...) al tratar de acceder a los recursos hospitalarios destinados para estos pacientes.

El informe recibido de la Dirección Gerencia del área de gestión sanitaria del Campo de Gibraltar, viene a poner de manifiesto que la decisión entronca con las conclusiones obtenidas tras el análisis de la situación en la nueva ubicación, y las ventajas que estiman que con la misma se obtienen, pues ahora se configuran dos unidades, una en el Hospital de Algeciras y otra en el de La Línea, de manera que se favorece el acceso de los pacientes de esta última área geográfica; se prevé una dotación de camas en cada una que es susceptible de ampliarse si las necesidades lo requieren, y se evitan los desplazamientos intercentros, para la realización de pruebas diagnósticas.

Como novedad significativa, se refiere el incremento del número de unidades de soporte domiciliario de cuidados paliativos para los pacientes que requieren intervenciones avanzadas, que en la actualidad pasan a ser dos, integrados respectivamente por médico y enfermera, a lo que se añade la puesta en marcha del programa de telecontinuidad a través de Salud Responde.

Por último, se afirma que el personal médico que presta servicios en la unidad es el mismo y que se realizan los mismos procedimientos que en las dependencias antiguas.

Teniendo en cuenta lo expuesto en principio, no podríamos afirmar la reducción de calidad que había sido denunciada, sin perjuicio de que en adelante se nos pongan de manifiesto incidencias de funcionamiento, o dificultades reales, a través de casos particulares, cuya frecuencia o relevancia nos lleven a alcanzar otra conclusión.

Decidimos por tanto concluir nuestras actuaciones en esta queja de oficio, e instamos a los interesados en los expedientes que precedieron a éste, a que nos pusieran de manifiesto sus denuncias si se veían afectados negativamente por el nuevo estado de cosas.

Otro cierre que se reveló polémico fue el de la piscina terapéutica del Hospital de Málaga, analizado en la **queja 12/5591**, de oficio, que ya con anterioridad había sufrido varios cierres temporales, causados por averías que fueron subsanadas, pero que después se tornó indefinido, pues no existía previsión de reparación, ni señalamiento de medios alternativos para el disfrute de la terapia.

El hospital puso de manifiesto que las deficiencias del edificio que alberga la piscina eran de gran calado, de manera que afectaban a la seguridad de los usuarios, no pudiendo permitirse su uso en estas condiciones. Precisándose por otro lado en torno a los 300.000 euros para su reforma integral, y careciendo de medios para posibilitarla en el actual escenario de crisis económica.

Por nuestra parte, sin poner en duda los beneficios de la terapia para las personas afectadas, más aún en los casos de usuarios que vienen recibéndola desde mucho tiempo atrás, pensamos que la prestación en sí no integra la cartera de servicios del sistema sanitario público, teniendo en cuenta además las indicaciones que aludían a la opción de conseguir dichos beneficios por otras vías, por lo que en esta tesitura decidimos concluir nuestras actuaciones en el expediente.

En este apartado no son extrañas las quejas protagonizadas por plataformas ciudadanas o movimientos vecinales, que ponen de manifiesto la paralización o demora en la construcción de infraestructuras sanitarias previstas, o incluso licitadas, en lo que viene a ser una de las consecuencias más evidentes del período de crisis que atravesamos.

Así nos encontramos en la **queja 12/166** con el relato de las incidencias que habían determinado la pérdida de oportunidad para la construcción de un nuevo centro de salud en el Puerto de Santa María, y la reivindicación de la federación constituida por numerosas asociaciones vecinales para que se realizara la construcción, la cual habría de dar servicio a la zona norte de la localidad, y descongestionar la actividad de los otros centros de salud del pueblo.

El compromiso para la edificación había quedado reflejado en un acuerdo firmado entre la Alcaldía y la Consejería de Salud (entre otras) para disponer de un suelo ya reservado para la construcción del centro, el cual databa del año 2006, y no llegó a ponerse a disposición de la Administración Autonómica hasta 2009, pero a pesar de que incluso se inició la redacción del proyecto, contando con dotación presupuestaria para el mismo, el compromiso aludido definitivamente no se materializó, sospechándose por los interesados

que los fondos que se habían presupuestado con esta finalidad se habían desviado hacia otros lugares, pues durante ese tiempo se habían inaugurado nuevos centros de salud en otras localidades de la provincia.

Pues bien, a pesar de que recibimos un detallado relato de los interesados sobre las incidencias que habían afectado al itinerario del proyecto desde que se fraguó la iniciativa, hasta que se produjo su paralización, desde nuestra posición nos resultó muy difícil determinar qué porcentaje de dicha responsabilidad resultaba imputable a cada una de las partes. A lo anterior se unía que en el estado de cosas actual, de absoluta paralización de las inversiones en el ámbito sanitario, y en el que la iniciativa pública, según nos informó la propia Administración, se limita a tratar de garantizar el mantenimiento de las prestaciones y concluir los proyectos ya iniciados, raramente podríamos demandar otras actuaciones, lo que sin duda no es óbice para que el proyecto se retome en cuanto las circunstancias económicas lo permitan, y que cuente con el apoyo de esta Institución, desde el momento en el que este tipo de iniciativas vuelvan a activarse.

2. 7. Farmacia.

En el Informe Anual correspondiente a 2012 ya nos detuvimos en una de las cuestiones más controvertidas que arrojaba la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de Abril, y pusimos de manifiesto la profusión de consultas y quejas recibidas en relación con el cambio en el régimen de participación del usuario en el coste de los medicamentos que se dispensan a través de las oficinas de farmacia.

Pues bien, durante el pasado año han continuado las quejas que evidencian la problemática que está provocando el funcionamiento del nuevo sistema, por la indefinición que ya avanzamos en cuanto a la Administración competente para resolver las reclamaciones en estos casos, y por los déficits que se están poniendo de manifiesto en su aplicación respecto de los colectivos más desfavorecidos.

Y es que la discrepancia en cuanto al grupo de clasificación a efectos de copago en función de la renta, así como la demanda de inclusión dentro de alguno de los colectivos que dan derecho a exención, no se ha visto atendida, al menos en cuanto a la resolución de las reclamaciones formuladas con este motivo.

Para tratar de solventar esta cuestión se inició de oficio la **queja 12/5032**, que se tramitó con solicitudes de informe tanto a la Consejería de Salud como a la Administración de la Seguridad Social (INSS), que resultaron expresivos de las posturas mantenidas por ambos.

Así desde la Subdirección General de Gestión de Prestaciones del INSS se nos envió un documento en el que se destacaba el papel de dicho Organismo en el tratamiento de la información de renta y su puesta en relación con la condición de activo/pensionista para determinar el grupo de aportación que corresponde a cada usuario. Por otro lado se nos decía que el Ministerio de Sanidad había remitido a los Servicios Públicos de Salud el procedimiento para tratar las reclamaciones presentadas por los ciudadanos por discrepar con la aportación farmacéutica, estableciendo la competencia del INSS en los asuntos relacionados con la condición de asegurado o beneficiario, y el tipo de aseguramiento reconocido; y la del Servicio Público de Salud, en lo relativo al grupo de aportación farmacéutica asignado en función de la renta, y la pertenencia a alguno de los colectivos exentos de aportación. De ahí que ante las consultas recibidas de los ciudadanos el INSS

se limitara a verificar el aseguramiento y actualizar el tipo cuando fuera necesario, trasladando la reclamación al Servicio Público de Salud en los casos en los que la discrepancia verse sobre la aportación farmacéutica.

Sin embargo, desde la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se mantenía otra postura, pues se explicaba que el INSS suministra la información sobre cobertura sanitaria y aportación farmacéutica de los ciudadanos al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el cual cuenta con una base de datos de usuarios del Sistema Nacional de Salud, que asigna un número de identificación único (código de usuario del SNS) y dispone de la información relativa al aseguramiento, que a su vez está conectada con las correspondientes de las distintas Comunidades, a la que suministra estos datos. No le cabe duda por tanto a la Administración Sanitaria Autonómica de que en ningún caso le corresponde decidir sobre el aseguramiento de los ciudadanos, y tampoco sobre la aportación de estos en la prestación farmacéutica, a pesar de lo cual han podido comprobar que existen errores en la información suministrada por el INSS, por lo que instan a los ciudadanos a reclamar ante dicho Organismo la corrección de aquellos.

Teniendo en cuenta que no podíamos llevar a cabo la supervisión del INSS, porque se integra en la Administración general del Estado, decidimos elevar el asunto a la Defensora del Pueblo de las Cortes Generales con la finalidad de elevarle consulta sobre las actuaciones desarrolladas en este asunto, así como para que valorara el inicio de las que estimara oportunas si lo consideraba necesario.

A nuestro modo de ver, con independencia del debate sobre la competencia, lo cierto es que desconocemos hasta qué punto los datos suministrados por el INSS al Ministerio de Sanidad, y desde éste a su vez a los Servicios de Salud autonómicos, pueden ser modificados por estos últimos, aún cuando pudieran acreditarse por los ciudadanos los errores que les afectan, y por lo tanto, si dichos Servicios de Salud podrían cambiar unilateralmente el grupo de clasificación que se incorpora a las bases de datos de usuarios, para definir el tipo de aportación en función de la renta, o el beneficio de la exención en la aportación.

Por su parte, la Institución estatal nos dio cuenta de la recepción de un elevado número de quejas sobre esta materia, e igualmente nos informaron de la iniciación de actuaciones sobre los aspectos competenciales y de procedimiento que la aplicación del nuevo régimen de copago farmacéutico había puesto de manifiesto. Señalaba que las quejas revelaban una situación de indeterminación por parte de las Administraciones implicadas, a la hora de tramitar las solicitudes de impugnación o reclamación frente a la asignación del código de aportación farmacéutica, concluyendo que en la actualidad, y con carácter general, las Administraciones no han incorporado un procedimiento homogéneo de resolución de este tipo de reclamaciones, resultando más difícil para los ciudadanos hacer valer su legítimo interés. Coincidió en que estos problemas se originan por la interpretación distinta que las administraciones vienen haciendo de su propio ámbito competencial, y urgía al esclarecimiento de los mismos.

Ahora bien a la fecha de emisión de esta respuesta aún se encontraba pendiente de recibir los informes que había solicitado sobre este asunto, aunque existe un compromiso de ponernos al corriente de las actuaciones que se vayan realizando.

A pesar de ello constatamos que en algunas quejas individuales, el INSS está modificando los códigos de aportación, cuando, con ocasión de las mismas, descubre algún

error; así que hemos decidido continuar con la tramitación de los expedientes individuales, al tiempo que concluir las actuaciones en esta queja de oficio, a la espera de la información que ha de suministrar la Defensora del Pueblo Estatal, sin perjuicio de que podamos adoptar medidas con posterioridad, para aplicar la solución que en dicho ámbito se alcance, para el caso de que la situación persista en los mismos términos.

En todo caso, y al margen de las discrepancias en materia de copago, lo que realmente revelan las quejas que recibimos, es la progresiva incapacidad de las personas sin recursos, o con niveles muy bajos de ingresos, para acceder a los tratamientos farmacológicos que tienen prescritos, y la falta de previsión normativa sobre este aspecto, pues en ningún caso se consideran estas circunstancias para determinar un supuesto de exención de copago, más allá de lo previsto para las personas desempleadas que pierden el derecho a percibir el subsidio, cuya determinación tampoco está exenta de dificultades interpretativas.

En otro orden de cosas la reclamación de determinados fármacos o tratamientos para algunas enfermedades también se sucede. La cuestión está revestida de polémica porque la autorización de comercialización de nuevos medicamentos y la decisión respecto de su financiación pública, se analizan pormenorizadamente en un contexto como el actual, a la vista de los elevados precios de las innovaciones terapéuticas y las dudas en cuanto a la efectividad de las mismas, en comparación con las alternativas que se hayan venido utilizando hasta el momento.

Desde nuestra óptica de intervención, no podemos sino mantenernos al margen de una discusión que se revela absolutamente técnica, no solo en el aspecto médico, sino también desde la perspectiva económica, pero sin embargo a veces nos vemos obligados a intervenir en defensa de la igualdad en el acceso a las prestaciones, que también se predica respecto de la prestación farmacéutica, tratando de evitar vulneraciones que afecten a la equidad.

Así hemos procedido en la **queja 13/4716**, que evidencia una situación, para nada infrecuente, caracterizada por la negativa de la comisión de uso racional del medicamento de un centro hospitalario, a adquirir un tratamiento que por parte de sus especialistas ha sido recomendado a un paciente.

En concreto el afectado, con fibrosis pulmonar idiopática, y escasa esperanza de vida asociada a la enfermedad, pretende ser tratado con un fármaco (pirfenidona) que aún habiendo sido autorizado en otros países, aún se encontraba en trámite en España, a través de uno de los procedimientos previstos normativamente para la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

Esta negativa se justifica por la Administración Sanitaria por la falta de evidencia suficiente de su eficacia y seguridad, y porque estaba pendiente la decisión sobre su financiación pública, que se preveía acompañada de un protocolo para la determinación de los requisitos que habían de reunir los pacientes que iban a ser los beneficiarios del tratamiento.

A nuestro modo de ver resulta contradictorio que las comisiones de farmacia de los hospitales se nieguen a adquirir y dispensar un medicamento porque a su entender no reúnen aspectos, que sin embargo, sí se han entendido concurrentes cuando se han

realizado las comprobaciones correspondientes en el proceso de autorización y decisión sobre financiación:

“... el artículo 9 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, determina que ningún medicamento elaborado industrialmente podrá ser puesto en el mercado sin la previa autorización de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, e inscripción en el registro de medicamentos, o sin haber obtenido la autorización de conformidad con lo dispuesto en las normas europeas que establecen los procedimientos comunitarios para la autorización y control de los medicamentos de uso humano y veterinario, y que regula la Agencia Europa de Medicamentos.

A regular el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente, se dedica el R.D. 1345/2007, de 11 de octubre, contemplándose en su texto el conjunto de documentación y valoraciones que están destinadas a demostrar que el medicamento cuya autorización se pretende «alcanza los requisitos de calidad establecida, es seguro, no produciendo en condiciones normales de utilización efectos tóxicos o indeseables desproporcionados al beneficio que procura», y «es eficaz en las indicaciones terapéuticas aprobadas» (artículo 14). Como contrapartida nos encontramos con que es posible denegar la autorización comentada cuando, entre otras circunstancias, «la relación beneficio-riesgo no sea favorable», o «no se justifique suficientemente la eficacia terapéutica» (artículo 19).

A tenor de lo expuesto nos encontramos con que la autorización para la comercialización de un medicamento, permite suponer que se han realizado múltiples y prolijas comprobaciones que permiten garantizar su calidad, en cuanto a su composición cualitativa y cuantitativa (a través de controles al laboratorio titular de la autorización y al fabricante); su seguridad, en condiciones normales de uso y en relación con la duración prevista del tratamiento (mediante estudios toxicológicos y clínicos), y fundamentalmente por lo que aquí nos interesa, su eficacia para cada una de sus indicaciones (con base en la realización de estudios preclínicos y ensayos clínicos), lo que no impide que una vez comercializados, la aplicación de los tratamientos siga siendo estrechamente vigilada para detectar posibles efectos adversos.

Otras exigencias se añaden cuando se trata de decidir sobre la inclusión del medicamento autorizado en la prestación farmacéutica del sistema sanitario público, o lo que es lo mismo, cuando se dictamina respecto de su financiación pública. Y es que a tenor de lo dispuesto en el artículo 89 de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos ya referida, la decisión sobre la inclusión aludida tiene carácter selectivo, y no indiscriminado, teniendo en cuenta criterios objetivos entre los que se cuentan: la gravedad de las patologías para las que resulten indicados, las necesidades específicas de ciertos colectivos, el valor terapéutico y social del medicamento y su beneficio incremental teniendo en cuenta su relación coste-efectividad, la racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica, la existencia de medicamentos u otras

alternativas terapéuticas para las mismas afecciones a menor precio, y el grado de innovación del fármaco.

Luego si tras la autorización de comercialización por parte de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, se resuelve por el Ministerio de Sanidad la financiación pública de un medicamento, tendremos que considerar que es porque ha pasado la criba que implica la aplicación de los criterios objetivos enunciados, y que se han tenido en cuenta previamente tanto la relación coste-efectividad, como las necesidades de racionalización del gasto farmacéutico.

En último término la Ley mencionada (artículo 82) asigna a los servicios de farmacia hospitalaria la función de garantía y asunción de la responsabilidad técnica sobre la adquisición, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la de formar parte de las comisiones hospitalarias en las que puedan ser útiles sus conocimientos para la evaluación y selección científica de los medicamentos y de su empleo.

En este sentido la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía, alude a la Comisión de uso racional de los medicamentos, que en cada centro sanitario público determina los criterios de selección de los medicamentos que van a ser utilizados en el mismo.

Según dispone la Resolución 369/09, de 7 de agosto, sobre armonización de los criterios de utilización de medicamentos en los centros del Servicio Andaluz de Salud, la función que corresponde a estas comisiones es realizar una selección entre las alternativas terapéuticas disponibles en el mercado, llegando a afirmar que la selección efectiva de medicamentos en el SNS en el ámbito hospitalario, se lleva a cabo en cada centro por parte de dichas comisiones.

Podemos encontrarnos entonces con que medicamentos autorizados e incluidos en la prestación farmacéutica, no lleguen a los pacientes a los que se les ha recomendado, por la negativa de los centros a adquirirlos para su aplicación en los mismos. La cuestión no resultaría controvertida si la selección obedeciera a criterios distintos en orden a la realización de fines diferentes, pero en definitiva en muchas ocasiones se tienen en cuenta para ello, parámetros similares a los que se han analizado profusamente para decidir sobre la autorización y financiación pública.

No hay mas que echar una ojeada al informe de la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía, que precedió a la decisión de no inclusión de la piffenidona en la Guía Farmacoterápica de hospitales de nuestra Comunidad Autónoma, para reafirmarnos en esta apreciación, pues la conclusión que sustenta en último término la decisión referida es la «insuficiente evidencia de que exista una mejor relación eficacia/seguridad comparado con el tratamiento actual que se realiza en el hospital».

En el mismo sentido el informe remitido por esa Dirección General abunda en consideraciones sobre las insuficientes evidencias de eficacia y seguridad, traducidas en falta de comprobación de la ganancia que el

medicamento pretendido aporta en supervivencia o calidad de vida, así como en saldo resultante de la comparación entre ventajas y efectos adversos.

A la vista de lo expuesto no podemos sino destacar la contradicción que supone que los hospitales decidan no adquirir y dispensar medicamentos por la falta de evidencia de aspectos que, sin embargo, sí se han estimado concurrentes en los mismos a la hora de determinar su autorización y su incorporación a la prestación farmacéutica”.

En otro orden de cosas pensamos que por el hospital se rechaza de plano la utilización de mecanismos que precisamente están concebidos para posibilitar el acceso a los medicamentos que aún no están autorizados/comercializados, y que aunque se persiga la igualdad en el acceso al tratamiento con la aplicación del protocolo aludido, mientras que éste se elabora, se está conculcando el derecho a la igualdad en el acceso a la prestación farmacéutica, pues en Andalucía no se está abriendo la puerta a un uso compasivo que sí está funcionando en otros centros de distintas Comunidades Autónomas:

“A pesar de las objeciones realizadas a la eficacia y la seguridad de la pirfenidona, lo cierto es que el informe de esa Dirección General avanza prácticamente una decisión positiva para su financiación, aunque previendo el establecimiento de un protocolo con criterios generales de dispensación, definidores de las características que han de revestir los pacientes para poder beneficiarse del tratamiento con aquella, que habrán de aplicarse en todo el territorio del Estado.

En esta tesitura, esa Dirección General afirma que desde ese momento el medicamento estará disponible en el mercado farmacéutico español, y podrá utilizarse con cargo a la prestación farmacéutica del sistema en los pacientes que cumplan los criterios del protocolo, ante lo que debemos suponer también que a pesar de lo dicho, se procederá a revisar la decisión sobre su inclusión en la guía farmacoterapéutica de hospitales, y las comisiones de uso racional del medicamento de los centros del sistema sanitario público andaluz darán el visto bueno para su adquisición, puesto que en otro caso sería imposible acceder al tratamiento.

Podríamos decir que de esta manera se garantizaría la igualdad en el acceso al medicamento, que es un derecho reconocido a todos los ciudadanos por el artículo 88 de la Ley de garantías y uso racional del medicamento («se reconoce el derecho de todos los ciudadanos a obtener medicamentos en condiciones de igualdad en todo el Sistema Nacional de Salud , sin perjuicio de las medidas tendentes a racionalizar la prescripción y la utilización de medicamentos y productos sanitarios que puedan adoptar las Comunidades Autónomas en el ejercicio de sus competencias»).

Nada podemos obstar a esta pretensión, sino todo lo contrario, debemos saludar positivamente las medidas encaminadas a la realización del derecho reseñado. En esta Institución somos conscientes de las necesidades de uso racional de los medicamentos, y más en las circunstancias actuales de crisis económica, y comprendemos las dificultades que muchas veces entraña compatibilizar esta política con la incorporación de novedades terapéuticas, que suelen tener un elevado coste. Observamos por ello que el establecimiento de

critérios que puedan resultar definatorios de los pacientes que van a ser tributarios de la medicación puede ser un medio muy eficaz para garantizar la igualdad proclamada y no dudamos de la intención de esa Administración para alcanzar dicho fin.

Ahora bien ello no obsta para considerar que en tanto se culmina el proceso descrito de incorporación de la pifrenidona a la prestación farmacéutica del sistema, y se concretan los criterios más arriba señalados para delimitar los afectados por la enfermedad en los que viene justificada la aplicación del tratamiento, se están rechazando de antemano las posibilidades que la normativa vigente reconoce para acceder a los medicamentos sin autorización/comercialización, y por este motivo se esté propiciando la conculcación del derecho de igualdad que se quiere salvaguardar.

En este orden de cosas, y en cumplimiento de la previsión contemplada en el artículo 24.3 de la Ley de garantías y uso racional del medicamento, se dictó el R.D. 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, que incluye tres supuestos específicos: el que posibilita la prescripción y acceso a medicamentos no autorizados (uso compasivo), el que habilita para la prescripción en condiciones distintas de las contempladas en la autorización, y el que permite la importación de medicamentos no autorizados en nuestro país, pero que legalmente se comercializan en otros países.

En la regulación mencionada se detallan los requisitos que deben reunirse para optar a la autorización que en los casos de uso compasivo e importación de medicamentos, debe otorgar la agencia española de medicamentos y productos sanitarios, no siendo necesaria dicha autorización cuando se trata de aplicar un medicamento en condiciones distintas de las autorizadas, lo que no evita que deba justificarse la necesidad y atenderse a las recomendaciones generales de uso que la agencia comentada haya podido establecer.

Singularmente estas figuras se caracterizan por su especialidad, y vienen marcadas por la temporalidad. En definitiva lo que se trata es de habilitar fórmulas que posibiliten el acceso a medicamentos que se encuentran en experimentación, o que aún no se han autorizado y comercializado, pero están en trámite de hacerlo, para satisfacer las necesidades que puedan tener de los mismos determinados pacientes que, tal y como determina el preámbulo de la norma, se encuentran «en situaciones clínicas comprometidas, entendiéndose como tales las enfermedades crónicas gravemente debilitantes o aquellas que ponen en peligro la vida del paciente, y que no pueden ser tratadas satisfactoriamente con un medicamento autorizado y comercializado».

Dicho reconocimiento normativo implica la posibilidad de ser tratados con medicamentos que aún están en fase de ensayo, o respecto de los que la Agencia española de medicamentos y productos sanitarios aún no ha concluido la actividad evaluadora que referíamos al principio de este escrito, y por lo tanto no hay comprobación absoluta de su eficacia y seguridad, lo que no impide que

su dispensación se rodee de importantes precauciones, constando además el consentimiento expreso de los interesados.

Entendemos por tanto que con su modo de actuar, el hospital simplemente obvia la aplicación de estos mecanismos jurídicos, arguyendo motivaciones que no pueden fundamentar su posicionamiento, puesto que claramente resulta imposible aseverar terminantemente la eficacia y seguridad de un medicamento que se encuentra en fases anteriores a su autorización. Y es que de exigir la plena comprobación de estos aspectos hasta su último extremo, la autorización de uso compasivo nunca tendría lugar y se vaciaría de contenido el R.D. 1015/2009, de 19 de junio.

Piénsese además que los procedimientos de autorización y la decisión de incorporación a la financiación pública del sistema, con fijación del precio del medicamento, resultan largos y complicados, dilatándose especialmente la segunda fase, no en vano Esbriet (pirfenidona) fue autorizado hace ya dos años (4.11.21), y aún no consta decisión en este ámbito, aunque se anuncie en breve.

Pero es que además mientras que este hospital granadino deniega la solicitud de uso compasivo para el padre de la interesada, nos encontramos con que en otros hospitales del Sistema Nacional de Salud sí que se está articulando esta fórmula para facilitar el acceso a la pirfenidona de determinados pacientes. Y es que el contacto entre pacientes a través de las asociaciones favorece el intercambio de información, lo que ha permitido conocer a la interesada que dicha vía de acceso se está favoreciendo en hospitales de Castilla y León, Madrid, Cataluña o Valencia, e incluso nos traslada la sospecha de que pudiera estar suministrándose pirfenidona a dos pacientes en un centro del sistema sanitario público andaluz.

Recordemos que el derecho a obtener los medicamentos en condiciones de igualdad se predica en el ámbito de todo el Sistema Nacional de Salud, sin que las medidas tendentes a racionalizar la prescripción y utilización de medicamentos que puedan adoptar las Comunidades Autónomas, puedan producir diferencias en las condiciones de acceso a los mismos, dado que habrán de ser homogéneas para la totalidad del territorio español (artículo 88 de la Ley 29/2006, de 26 de julio).

La situación que la interesada nos describe resulta sin lugar a dudas inequitativa, puesto que la igualdad resulta exigible del acceso a los medicamentos, y por lo tanto ha de garantizarse tanto de la prescripción y dispensación de aquellos que forman parte de la prestación farmacéutica del sistema, como de los que aún se encuentran en trámite para ello, a través de los mecanismos diseñados a este fin. En este sentido el artículo 59 de la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía, considera como integrantes de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, tanto a los medicamentos que se incluyen en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, como a los que «conforme a lo establecido en la normativa vigente, cuenten con autorización expresa para uso compasivo por el Ministerio competente en materia de sanidad y consumo».

La solución de esta situación podría venir dada por parte de la Agencia española de medicamentos y productos sanitarios, en el caso de que dictara una resolución de autorización temporal de utilización del medicamento (artículo 9 del R.D. 1015/2009, de 19 de junio), de la que podría beneficiarse un grupo significativo de pacientes, en la medida en que dicha actuación entrañaría la fijación de requisitos y condiciones en los cuales aquel podría utilizarse, lo que serviría como referencia a los hospitales para decidir sobre la solicitud de uso compasivo, hasta que se estableciera el protocolo definitivo al que esa Dirección General alude.

Sin embargo dada la premura para la aplicación del tratamiento, y la cercanía en el tiempo que se anuncia de la decisión de financiación, a fin de garantizar el derecho a la igualdad en el acceso a la prestación farmacéutica del sistema sanitario público de los afectados por la enfermedad en Andalucía, en tanto se cuente con aquella y con el protocolo referido, resultaría aconsejable la revisión de las solicitudes para uso compasivo de pirfenidona que se hayan formulado en los centros del SSPA, con el objeto de adoptar una decisión en torno a las mismas consecuentemente con el principio de equidad.

Solo nos resta añadir que la decisión tendente a formular la solicitud de uso compasivo a la agencia española de medicamentos y productos sanitarios, y el posterior otorgamiento de autorización para el mismo, no evitaría que la continuidad del tratamiento de los beneficiados así por el mismo, se condicionara al cumplimiento de los requisitos recogidos en el protocolo, una vez que este se elabore”.

La respuesta a las dos **Sugerencias** que elevamos a la Administración sanitaria en esta queja la acabamos de recepcionar, y mediante la misma, se niega, en primer lugar, la posibilidad de acceder a la pirfenidona mediante el procedimiento de uso compasivo, el cual a su modo de ver se reserva exclusivamente para fármacos en experimentación, mientras que, por otro lado, se indica que no se ha producido la inclusión del mismo en la prestación farmacéutica del sistema, a pesar de lo cual se avanzan negociaciones con el laboratorio para que dicha inclusión se produzca tras una sustancial rebaja del precio.

En cuanto a la dispensación como uso compasivo en otros centros, hace depender su adecuación al momento en el que se solicitaran, en función de si el medicamento se encontraba todavía en experimentación, o sin embargo ya se había decidido respecto de su falta de financiación pública, a pesar de lo cual, y en resumidas cuentas, se reconoce que tras varias negativas, al final se decidió la autorización del uso de la pirfenidona por el paciente, todo lo cual nos lleva a la necesidad de valorar detalladamente los términos de la contestación al objeto de decidir sobre la aceptación de nuestra resolución.

2. 8. Salud Mental.

Las condiciones socioeconómicas desfavorables se asocian a efectos negativos sobre la salud de las personas. Las crisis económicas se han asociado a un aumento de los problemas de salud, sobre todo de la salud mental, así como a un incremento de la mortalidad por suicidios.

Los expertos de la OMS refieren que el incremento de la pobreza y los recortes en el gasto público, experimentados en Europa desde el inicio de la crisis, en el año 2007, han conducido a un notable detrimento de la salud mental de la ciudadanía europea. La evidencia científica ha puesto de manifiesto que las personas que sufren recortes en sus ingresos y conflictos familiares presentan, respecto a la población en general, un riesgo significativamente mayor de padecer algún tipo de problema de salud mental; la relación entre crisis económica y salud mental es bidireccional, de tal modo que no solamente la crisis tiene un efecto negativo en la salud, incluida la salud mental, sino que los problemas en este último ámbito también tiene una repercusión grave en el desarrollo económico de los países europeos.

Sin embargo, el efecto de las crisis económicas en la salud de la población va a depender mucho del contexto institucional, especialmente del estado de bienestar con sus mecanismos de protección a los ciudadanos.

Perder el trabajo y pasar a estar en paro tiene consecuencias sobre la salud de las personas, sobre todo en la esfera psicosocial. Al mismo tiempo, es importante recordar que hay estudios que ponen de manifiesto que las prestaciones económicas de desempleo evitan o reducen este efecto y que las consecuencias negativas sobre la salud se centran en las personas sin prestaciones. La precariedad laboral es un riesgo grave para la salud en general, y de forma más específica para la salud mental.

Para reducir o eliminar el impacto del paro sobre la salud mental no basta con conseguir cualquier tipo de trabajo. Algunos estudios observan que entre la población joven no hay diferencias en el estado de salud mental entre personas desempleadas y las que trabajan en ocupaciones que están por debajo de su cualificación o las que tienen un trabajo insatisfactorio.

Según los expertos, la incertidumbre laboral es consecuencia de procesos de reestructuración de empresas en los que se recortan las plantillas, tiene un impacto sobre la salud no sólo de las personas que pierden su trabajo, sino también de las que continúan trabajando. Entre éstas, se ha observado un incremento de trastornos ansioso-depresivos relacionados con la incertidumbre sobre el futuro laboral, un aumento de conflictos entre compañeros, un incremento del volumen de trabajo al reducirse habitualmente más la mano de obra que las exigencias del trabajo, así como un aumento del consumo de tabaco y de los problemas en el entorno familiar.

En definitiva, el impacto de la crisis económica actual afecta en la salud mental de la ciudadanía de manera directa a la tasa de suicidios y en la asistencia sanitaria que reciben.

Con relación a los desempleados, estos tienen un 34 % de posibilidades de sufrir problemas psicológicos, depresión y ansiedad, el doble que entre personas con trabajo, con una probabilidad del 16%. Las personas más vulnerables son las comprendidas entre los 15 a 29 años y los mayores de 64.

También estos problemas se ven proyectados en la población infantil, que es especialmente vulnerable a los efectos de las crisis económicas, ya que éstos se asocian a un aumento en las desigualdades sociales, y las desigualdades sociales en la primera infancia son predictoras de desigualdades en la salud en la vida adulta. Este efecto viene

mediado por las inequidades en el desarrollo físico y psicológico, así como en el nivel de estudios alcanzados.

Aunque la crisis económica afecta tanto a los hombres como las mujeres, los efectos son mayores en ellas. Con anterioridad a la crisis, las mujeres ya partían de una situación de mayor dificultad de acceso a un empleo de calidad que los hombres, trabajaban con más frecuencia en los sectores donde las condiciones de empleo son más precarias (como el servicio doméstico), tenían salarios más bajos y una mayor carga de trabajo en el ámbito doméstico. Todas estas condiciones empeoran con la crisis económica y se asocian a un impacto negativo en la salud.

Desde esta perspectiva, consideramos que los efectos de la crisis han mermado las posibilidades que se preveían con la aprobación del II Plan Andaluz de Salud Mental de Andalucía (PISMA), sobre todo en relación a los sectores más vulnerables que se marcaban como objetivos (personas sin hogar, personas presas y el colectivo con patología dual).

También la incidencia de la crisis ha venido a frenar la creación de los equipos de intervención asertivos comunitario, que hubieran mejorado la intervención con aquellos sectores menos receptivos a los tratamientos o el amplio grupo de personas sin hogar que presentan algún tipo de trastorno. Al mismo tiempo, la situación de personas presas con enfermedad mental, ha empeorado más si cabe, ya que son pocos los centros penitenciarios que cuentan con psiquiatras o, como venía ocurriendo, al menos contaban con el desplazamiento de estos desde el Servicio Andaluz de Salud.

Dentro de los trastornos psicopatológicos con gran presencia, están las personas con Patología Dual. Son aquellas situaciones clínicas en las que concurren una conducta adictiva y otro trastorno mental, sin entrar en consideraciones sobre los aspectos de casualidad. Afectan a un núcleo importante de personas, consumidoras de drogas, con un trastorno psíquico y con enormes dificultades de diagnóstico y la evidencia de que el efecto de las diferentes sustancias no es el mismo en personas sanas que en sujetos que sufren trastornos psiquiátricos, la falta de precisión a la hora de diferenciar el diagnóstico de abuso de sustancias del de dependencia o adicción y la existencia de redes clínicas separadas, la de salud mental y la de adicciones, para tratar un único enfermo, que presenta dos enfermedades y que ha dado lugar al llamado síndrome de puerta equivocada.

La gravedad y persistencia de esta patología ha llevado a los profesionales de la Salud Mental y de las Adicciones a establecer un protocolo de intervención conjunto, reeditado y revisado en el año 2012 y que pretende potenciar la coordinación intersectorial, facilitar el abordaje integral que garantice la continuidad asistencial y mejorar la accesibilidad de esta población a los servicios.

En relación a las quejas referidas a la Salud Mental, el número de éstas ha sido en el año 2013 de 41. De éstas debemos destacar aquellas que hacen referencia a la mayor dificultad de acceso a los dispositivos o en la continuidad en los tratamientos, que se ha debido en muchos casos a la reducción de la jornada laboral en el ámbito de la atención psiquiátrica y cómo ésta ha afectado a la atención a un elevado porcentaje de la plantilla de los dispositivos al estar constituida con personal laboral temporal o interino. La falta de plazas en casa-hogar o pisos tutelados de FAISEM; plazas para psicod deficientes; situaciones de falta de atención por ausencia de voluntariedad de la persona; quejas realizadas por vecinos que habitan en la vivienda con un enfermo mental sin atención

psiquiátrica o la queja de oficio abierta por la muerte violenta de tres miembros de una familia por una persona enferma mental.

Con respecto a la falta de dispositivos adecuados a los perfiles de los pacientes, encontramos quejas en las que los familiares muestran su desesperación ante la situación de abandono e infortunio de sus familiares enfermos mentales. En este sentido, encontramos una situación complicada en la **queja 13/996**, en la que la interesada nos trasladaba que su hermano sufría un trastorno mental grave, a resultas del cual permaneció ingresado en la unidad de hospitalización de enfermos mentales del hospital de Puerto Real desde el 25 de Diciembre pasado hasta el 11 de febrero.

Manifestaba que a raíz de la última crisis que motivó el ingreso referido, su madre (de 72 años), que venía siendo maltratada por su hermano desde mucho tiempo atrás, interpuso una denuncia contra él, que había dado lugar a una orden de alejamiento.

Refería que *“en el hospital le dieron el alta y lo han trasladado en ambulancia a San Fernando, abandonándolo a su suerte, sin que a su modo de ver se haya actuado en consecuencia desde ese dispositivo de salud mental, ni los servicios sociales comunitarios”*.

La interesada esgrimía que su hermano necesitaba medicación y supervisión, y se preguntaba quién se iba a encargar de estos aspectos. Lamentaba que les reclamasen implicación a los familiares, y que al mismo tiempo se les fueran cerrando todas las puertas a las que acudían pidiendo ayuda para afrontar esta situación.

Se preguntaba si era necesario que iniciara una huelga de hambre o que su hermano hiciera cualquier barbaridad para que le hagan caso.

Solicitamos informes al Ayuntamiento de San Fernando y a la Unidad de Salud Mental para conocer lo que se estaba haciendo en este caso. Recibimos informes, siendo el primero de ellos del Servicio Andaluz de Salud en el que se refería al deterioro sufrido en los últimos años que le llevó a vivir de nuevo con su madre. De él destacamos lo siguiente:

“Desde el 2009 abandonó definitivamente el tratamiento al no asistir a las revisiones programadas, y con varios ingresos en la Unidad de Agudos. Ha sido llevado de forma estrecha por el equipo, como mantiene el informe. Según el Plan Individualizado de Tratamiento que se ha establecido para el paciente es el siguiente: Facilitación de alojamiento y mejoría en el desarrollo de habilidades domésticas y de autonomía personal. Medidas de tratamiento intensivo y estrategias de mejora de su conciencia de enfermedad y de su adhesión al tratamiento. Además esperamos poder reactivar, si es posible, su capacidad de reinserción laboral. También incluye la mejora la comunicación familiar y el rescate del contacto y la indispensable participación en su tratamiento”.

Desde los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de San Fernando se nos remitió un informe, en el que se nos venía a decir que se había mantenido nuevamente coordinación con la Unidad de Salud Mental de la localidad y con parte de la familia, y se desprendía de ello la siguiente información:

“- Tiene presentada solicitud de valoración de grado de dependencia con fecha 27 de febrero de 2013.

- En estos momentos, ocupa plaza provisional en un centro residencial de Faisem de esa localidad, teniendo previsto estos días su traslado a un piso tutelado de la misma entidad, sito en el Puerto de Santa María, siendo su cuñado el familiar que se está encargando de colaborar con las distintas administraciones públicas e Instituciones (Salud Mental, Centro Residencial, Servicios Sociales Comunitarios, etc)”.

Es por ello, que concluían afirmando que desde los Servicios Sociales Comunitarios se habían llevado a cabo todas las actuaciones de información, valoración, orientación y tramitación comprendidas en nuestro ámbito competencial.

No todas las demandas tuvieron esta misma solución, pues en esta queja, vimos que existió una coordinación de los dispositivos de Salud Mental y del Ayuntamiento. En otra, la **queja 13/2022**, vimos que no existía voluntad de la persona enferma de proseguir el tratamiento, y tenía amenazados a los padres. Se dirigía la madre a nosotros de forma desesperada por la situación de su hijo, enfermo mental con un cuadro muy complicado y con alto deterioro psíquico y físico. Nos alarmó la forma en que nos expresaba el comportamiento de su hijo hacia sus padres y familiares, y cómo las medidas tomadas en su caso no producían el efecto deseado e impedían una recuperación en los términos que describía el informe psiquiátrico aportado en el año 2011.

Nos refería que a lo largo de estos años había pasado por prisión, sin que ello haya ayudado a su recuperación.

“Actualmente está en un centro de día en Motril, pero pone excusas para no ir o ello no impide que siga manteniendo una actitud hacia sus padres para que éstos puedan convivir con él, sobre todo cuando han tenido que denunciarle para el establecimiento de una orden de alejamiento”.

Nos dirigimos a la Gerente de FAISEM en Granada para insistir en la necesidad de que se estudiara la posibilidad de un nuevo PIA y así pudiera contar con un recurso adecuado a su perfil psiquiátrico.

En el informe que se nos remitió se recogía toda la historia clínica de este paciente, así como los distintos dispositivos en los que ha sido atendido, refiriéndonos que:

“(…) es un paciente con una largo periodo de internamientos. Presenta una sicopatología y agresión a su madre en varias ocasiones, que vive con irritabilidad las relaciones familiares.

Con él se ha experimentado distintos tipos de dispositivos, marcados por su terapeuta de referencia, en función de su estado y evolución de la enfermedad.

Actualmente disfruta de un respiro familiar en una vivienda supervisada las 24 horas por monitores (gestionada por FAISEM), acudiendo de lunes a viernes al HDSM de Motril. Se muestra colaborador en los tratamientos y se encuentra estable psicopatológicamente, si bien presenta con frecuencia alucinaciones auditivas de mayor o menor intensidad que, en ocasiones, le

producen un elevado grado de angustia y un grado moderado de desorganización conductual. Tiene también regularmente insomnio”.

Al final del informe, se reconocía las dificultades de seguir en el núcleo familiar, al afirmar, *“no parece aconsejable su vuelta a la convivencia familiar, ya que precisa un entorno social estable y protegido para mantener los avances alcanzados en su proceso de recuperación”.*

Al final se decía que *“se encontraba a la espera del juicio por agresión a su madre”.*

En este caso, como en el anterior, aunque con meses de retraso, la Administración accedió a ingresar al paciente en un dispositivo adecuado después de haber pasado por situaciones de gran dolor que se podrían haber evitado.

Una queja interesante fue la **queja 13/824**, abierta de oficio a raíz de una noticia aparecida en la prensa escrita en la que se recogía la supresión por parte del Hospital Virgen Macarena de la asistencia psicológica específica que se estaba proporcionando a pacientes de cáncer en tratamiento en dicho centro.

El referido medio se hacía eco de las manifestaciones de varias de estas pacientes, todas ellas jóvenes que estaban afectadas por la enfermedad, alusivas a la ganancia que el tratamiento recibido ha llevado consigo en cuanto a su manera de afrontar la misma, y la importancia que le concedían en el curso de sus procesos asistenciales respectivos, hasta el punto de considerarlo como un pilar fundamental para seguir adelante.

Reivindicaban por tanto el mantenimiento de una medida que se había demostrado absolutamente beneficiosa, no solo para ellas mismas, sino para las pacientes que sean diagnosticadas y tratadas en el futuro.

Las razones esgrimidas por el Hospital, según la misma fuente, entroncaban con la finalización de un proyecto de investigación con este cometido, y remitían a las pacientes a la demanda de la atención que precisasen en el marco de la asistencia sanitaria normalizada de salud mental.

Por la experiencia de actuación de esta Institución en la tramitación de las quejas relacionadas con la atención sanitaria de salud mental, sabemos que las terapias psicológicas dispensadas por los equipos de salud mental comunitaria son escasas y que la frecuencia de las sesiones dista mucho de la deseable para las necesidades de los pacientes, y por tanto, lejos de la periodicidad y frecuencia del tratamiento que estas mujeres habían estado recibiendo en el Hospital.

Con el fin de investigar los hechos reseñados y acceder al contenido de dicho programa y las circunstancias del mismo, que nos permitan evaluar y, en su caso, comparar la atención recibida con la que pudiera ofertarse desde los dispositivos antes mencionados, decidimos iniciar queja de oficio ante la Dirección Gerencia de Hospital Virgen Macarena, con la intención de conocer las previsiones existentes, así como los resultados obtenidos en el programa.

Recibido informe, se nos vino a decir que:

"(...) el citado proyecto, proporcionado a los pacientes oncológicos de nuestro centro se encuentra enmarcado dentro de un estudio de investigación sobre:

Aspectos psicológicos en pacientes con cáncer de cabeza y cuello y creación de un protocolo de manejo para facilitar el tratamiento integral de estos pacientes.

Analizar la estructura de personalidad características de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello y su influencia en el desarrollo de la sintomatología psicopatológica que pueda detectarse.

Valorar el perfil de afrontamiento propio de los signos que enfrentan el proceso de recuperación de una neoplasia de cabeza y cuello y sus tratamientos y su eficacia en la prevención de las alteraciones depresivas, ansiosas y postraumáticas que pudiesen aparecer.

Determinar la relación que se establece entre las dimensiones de personalidad estudiadas y las estrategias de afrontamiento en la aplicación al proceso de recuperación de enfermedad oncológica de cabeza y cuello.

Analizar la capacidad predictiva de las dimensiones de personalidad y del perfil de afrontamiento característico de estos pacientes sobre la incidencia de sintomatología psicopatológica.

Determinar las diferencias existentes en función del género de los pacientes, en los objetivos anteriores.

Desarrollar un protocolo para profesionales sanitarios, que paciente el adecuado manejo de las particularidades de los pacientes oncológicos de cabeza y cuello y que permita garantizar la atención integral de estos pacientes, potenciando su calidad de vida".

En cuanto a nuestra petición de conocer los resultados a la evaluación del proyecto, se nos decía que estaba protegido bajo la propiedad intelectual, reservándose los autores la capacidad de difusión por los cauces científicos habituales. Y, concluía, el informe del Director Gerente del Hospital, que bajo su consideración no procedía uso compasivo o fórmula similar, al mismo tiempo que la realización de determinados proyectos no podía convertirse en una fórmula no ordenada de definir el catálogo de prestaciones de un Sistema Sanitario.

No obstante, esta información no venía a pronunciarse sobre si los datos obtenidos del proyecto experimental habían respondido a los objetivos marcados por los investigadores, sino que, al contrario, podrían coincidir por lo manifestado por las personas que se habían beneficiado del mismo pues se apuntaban los aspectos positivos de éste.

Por este motivo, y dada la incorporación de nuevos programas a la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud, trasladamos escrito a la Gerencia del SAS, dándole toda la información que teníamos en ese momento e insistiendo que experiencias como éstas vienen a enriquecer la respuesta del Sistema Sanitario a la ciudadanía, sobre todo en un momento en el que se extiende el convencimiento de que disminuyen las prestaciones o

se limitan éstas como consecuencias de los recortes económicos que se vienen realizando desde las distintas Administraciones.

También hacíamos referencia a que el Sistema Sanitario Andaluz se ha significado en estos años por su capacidad de investigar, incorporar e innovar en tratamientos que se han visto integrados en la cartera de servicios de éste, para satisfacción de la ciudadanía.

Al cierre de este informe, nos encontramos a la espera de recibir información sobre nuestra propuesta.

Uno de los aspectos que está presente en algunas quejas de Salud Mental, es el que hace referencia a la estigmatización de la enfermedad y con ello de los pacientes. Son casos que tienen que ver con la proyección que se produce en los medios de comunicación por el tratamiento de casos que ocasionan un gran impacto en la población, como es el que tratamos en la **queja 13/173**, incoada de oficio por los hechos ocurridos en la localidad de Dos Hermanas (Sevilla) el pasado 2 de marzo de 2013, en la que los medios de comunicación recogían la muerte violenta de tres miembros de una familia a manos de un hijo, al parecer, enfermo mental descompensado.

Según la noticia, se decía que el presunto parricida era un joven de 34 años, diagnosticado con una esquizofrenia paranoide.

Los mismos medios hacían mención a un informe realizado el pasado 7 de marzo por tres psiquiatras, desde el Juzgado que llevaba el caso. En él referían la existencia de un diagnóstico previo y dentro del apartado de una esquizofrenia paranoide y un episodio psicótico agudo. Según el mismo informe los psiquiatras ponían de manifiesto que el presunto parricida se manifestaba hostil, desconfiado y suspicaz y, a veces, amenazante en su expresión física y verbal.

Al parecer, y según los mismos medios, existían antecedentes diagnosticados en la familia, ya que la madre presentaba un cuadro de trastorno delirante, mientras que su hermana, fallecida, fue diagnosticada de esquizofrenia y había ingresado en tres ocasiones en la Unidad de Agudos del Hospital Virgen de Valme.

Los hechos ocurrieron, según la información transmitida por el parricida, el 28 de febrero, cuando comenzó una discusión con los fallecidos en el pasillo de la vivienda, que su progenitor portaba un cuchillo escondido y cuando él tenía una discusión con su hermana acabó con sus vidas, en defensa propia.

Lo ocurrido podemos considerarlo como aislado dentro de los casos de enfermos mentales, ya que hechos de este tipo solo afectan a un 1% de éstos. Son aquellos en los que se pone de manifiesto la ausencia de tratamiento cuando no existe voluntariedad de las personas para realizarlo. Lamentablemente por el efecto de un brote psicótico es cuando se producen hechos de esta naturaleza.

Por ello, nos dirigimos a la Unidad de Gestión Hospitalaria del Hospital Virgen de Valme de Sevilla.

Recibido el informe, se nos decía lo siguiente:

“En los antecedentes familiares constaba que la hermana había estado en dicha Unidad, con un diagnóstico de esquizofrenia. La madre había estado ingresada por episodios sicóticos, abandonando el tratamiento farmacológico a pesar de intentos por asegurar adherencia por parte de ambos hijos.

En su caso, había sufrido un accidente de tráfico con politraumatismo en el año 1998. Tuvo un ingreso en la Unidad de Hospitalización de Agudos (9 al 23 de mayo de 2004). En dicho ingreso se valoró el caso como Disfunción Familiar, no indicándose tratamiento farmacológico y se derivó para abordaje psicológico. Es ingresado posteriormente, presentando en esos momentos un Trastorno Sicótico Agudo”.

En base al informe emitido consideramos que era un paciente con dificultades de adherencia a los tratamientos, ya que había estado acudiendo de forma discontinua a los mismos. También, existían claros antecedentes familiares que distorsionaban las relaciones familiares, sin que ello pudiera llevar a prever los hechos desencadenados.

Valoramos las intervenciones realizadas, así como que durante los períodos de inasistencia al programa de tratamiento se hubiera seguido insistiendo con la familia y con el propio interesado desde los servicios hospitalarios.

Llama la atención que en la valoración de la Fiscalía se hubiera desestimado la incapacitación, aunque habría que conocer los informe emitidos por el médico forense que lo trató, sin que ello hubiera supuesto o garantizado que este luctuoso hecho no hubiera ocurrido.

En cualquier caso, lo que sí parece claro en este perfil de pacientes es que es difícil prever los lamentables hechos ocurridos o, al menos en este caso, no podemos considerar la existencia de negligencia de los servicios de atención que realizaban su control y seguimiento.

Por último, destacar que quizás estos pacientes deberían ser atendidos con otros recursos que permitan un mayor control y seguimiento. Sobre todo para potenciar el uso del tratamiento y su posible estabilización.

Para finalizar, resaltar los trabajos realizados desde la Comisión de seguimiento de la guía de los procedimientos de incapacitación relativos a las personas con discapacidad psíquica, en la que intervienen diversas Administraciones y que viene funcionando en esta Defensoría desde su puesta en marcha en el año 2007.

Pues bien en 2013, ha sido publicada y presentada una “Propuesta de coordinación en los procedimientos de incapacitación relativos a personas con discapacidad psíquica”, que ha supuesto, junto a la mejora de propuesta de la Guía anterior, un mayor acercamiento a los problemas de aquellos perfiles que encuentran mayores dificultades de tratamiento y solución.

Para su presentación pública, se realizaron dos jornadas en noviembre y diciembre en las ciudades de Sevilla y Jaén respectivamente, en las que se hicieron públicas las conclusiones de este trabajo, junto a la revisión que se había realizado de la Guía de 2009. Se habían tratado en total 30 casos, de éstos se han resuelto un 40%, un

20% sólo parcialmente y un 33,3% pendientes de resolver y seguir trabajando para una pronta solución.

Han sido 12 las reuniones mantenidas en el presente año y en ellas se han abordado casos paradigmáticos de enormes dificultades, muchos de ellos recogidos en nuestras quejas y que han encontrado solución en el ámbito de la comisión.

Pero, quizás, lo más importante sea las conclusiones surgidas al hilo de la revisión de los casos tratados y que son un fiel reflejo de la actual situación, las cuales venían a incidir en los siguientes aspectos:

- a) Que todos sus miembros tengan residencia efectiva en la Comunidad Autónoma de Andalucía y estén empadronados en el mismo domicilio como mínimo desde el 1 de junio de 2012.
- b) Que el importe máximo de los ingresos del conjunto de las personas que forman la unidad familiar sea inferior a 1,5 veces el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (798,77 euros mensuales).
- c) *Es necesario establecer mecanismos de coordinación a nivel provincial y local.*
- d) *Parece especialmente relevante la cooperación entre Servicios Sociales Comunitarios, Atención Primaria, Servicios de Salud Mental y Servicios de Atención a Drogodependencias.*
- e) *Hay que tratar de mejorar el conocimiento recíproco de las distintas redes y la formación del conjunto del personal para la intervención coordinada sobre casos complejos.*
- f) *Es necesario crear espacios de formación conjunta, incluyendo al personal de la Administración de Justicia pues parece también un elemento imprescindible.*
- g) *Parece conveniente reforzar la dotación y funcionamiento de los recursos existentes en las distintas redes, garantizando una distribución territorial equitativa:*
 - *Por un lado, los “servicios básicos”, como los Servicios Sociales Comunitarios, los de Salud Mental, los de Atención a Drogodependencias, y los de la Administración de Justicia (jueces, fiscales, forenses, instituciones penitenciarias).*
 - *Por otro, el de los recursos residenciales y de soporte diurno de personas con discapacidad intelectual, personas mayores y con deterioro cognitivo y personas con Trastorno Mental Grave, cuyo desarrollo y funcionamiento se ve amenazado por las dificultades actuales del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia.*
- h) *Deberían quedar claros los mecanismos de acceso a las distintas redes y recursos concretos.*
- i) *Se deben combinar en su caso los procedimientos del PAI Trastorno Mental Grave y del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia o el Protocolo de Coordinación para Patología Dual.*

- j) *Es necesario contemplar procedimientos excepcionales de urgencia ante situaciones de grave necesidad, que se presentan en pocos casos, pero cuando lo hacen precisan de intervenciones flexibles e inmediatas.*

Y para concluir, podemos decir que la crisis debería ser aprovechada como una oportunidad para realizar cambios importantes en la planificación, la gobernanza y la gestión, buscando mejorar la eficiencia y la equidad. Esto puede aplicarse a todos los sectores públicos y de forma especial, por ser un derecho constitucional, a seguir prestado una cobertura sanitaria de calidad.

Por ello, las propuestas deben ir dirigidas a la mejora en la planificación sanitaria, la coordinación, la transparencia, la calidad y la gestión. Asimismo, la adecuación y la respuesta a los diferentes perfiles que en este contexto aparecen y que requieren de una atención especializada.

Por ello, en este momento debemos atender las acciones preventivas, ante la incapacidad de una respuesta asistencial completa a la ciudadanía, ya que éstas adquieren mayor importancia en el ámbito de Salud Mental.

Velar por la Salud de la población en general es una prioridad, donde estén presentes, en primer lugar, los sectores más vulnerables y desfavorecidos, aquellos que están cronificados en la enfermedad y acumulan el mayor porcentaje de pobreza (particularmente: población mayor, personas inmigrantes, personas desempleadas de larga duración, trabajadores manuales no cualificados, mujeres, y personas en situación económica y laboral precaria con hijos e hijas menores o personas dependientes a su cargo), entre los que se encuentran las personas con enfermedad mental y, entre éstos, la salud mental infantil que serán los adultos dentro de una y dos décadas. Siendo necesario desarrollar un plan de apoyo integral a la salud infantil y juvenil que vele por la igualdad de oportunidades de desarrollo para todos los niños y niñas independientemente de las condiciones socioeconómicas de la familia.

2. 9. Adicciones.

En el ámbito de las adicciones la crisis económica está teniendo efecto sobre los dispositivos y, con ello, sobre las personas que deciden dejar de consumir e iniciar un tratamiento. Además, afecta también al consumo de las distintas sustancias y las formas de consumir, al generar un deseo más intenso de alcanzar los efectos de las sustancias sobre las personas, debido a su menor coste y a la búsqueda de la evasión de situaciones no deseadas. Ello se realiza a través de una mezcla explosiva de diversas sustancias.

En relación al consumo, según los últimos estudios de agencias oficiales como el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanía (OEDT), las denominadas drogas clásicas, cannabis y cocaína, han disminuido; por el contrario, ha aumentado el consumo intensivo de todo tipo de sustancias. En cuanto al consumo de cocaína éste ha descendido desde el inicio de la crisis en el año 2008, aunque seguimos siendo el segundo país en número de consumidores detrás del Reino Unido. Al mismo tiempo se ha incrementado el consumo de sustancias de síntesis, como la ketamina, mezcla de pastillas y éxtasis cristalizado. Es lo que se denomina entre la población consumidora como "el puchero".

Se busca alcanzar un efecto más potente e inmediato, con un mayor riesgo sobre sus vidas debido a un menor control sobre los efectos. Además, el precio de las

sustancias ha disminuido como consecuencia de la crisis, así como las posibilidades económicas de los consumidores, entre un 15 y un 30% y también muchos, ante la situación de paro, se han dedicado al trapicheo y pretenden vivir de una forma ilegal con riesgos personales y familiares, y no solo como forma de mantener el propio consumo sino también como forma de subsistir ante la actual situación.

Otro efecto relacionado con la crisis y el consumo de drogas tiene que ver con la situación de desempleo, ya que los estudios relacionan éste con un mayor consumo de sustancias legales, debido al aumento de problemas personales que conlleva situaciones de ansiedad y depresión y, donde el consumo de drogas legales se convierte en una salida o forma de paliar el mal momento que viven. Esto ha llevado a un incremento de la demanda de tratamiento, casi en un 35% en el año 2013, como recoge un informe de la Asociación Proyecto Hombre, que incide en la existencia de un mayor consumo de las drogas legales: alcohol y tabaco.

Otra imagen que vemos asociada a la crisis, es un mayor consumo de alcohol en los y las jóvenes en las calles a través del botellón como un medio más económico de diversión, afectando de nuevo a plazas y lugares con concentraciones en grupos más reducidos para llamar menos la atención de los vecinos y evitar la intervención de las autoridades, así como el efecto sancionador de las normas existentes al respecto.

En el caso del tabaco, se ha producido un incremento de su consumo, como un componente para calmar la ansiedad de forma importante en ese sector de la población, que de forma más directa recibe el impacto de la crisis. Nos referimos a la población desempleada.

Al mismo tiempo que observamos cambios con relación a las sustancias y sus consumos, vemos cómo los presupuestos dirigidos al sostenimiento de los recursos de tratamiento han decrecido entre un 15 y un 20%, debido, entre otras razones, a la reducción de las aportaciones del Plan Nacional de Drogas a las Comunidades Autónomas y a las Ongs, que ha llegado a ser de casi un 60%, al margen de los recortes realizados por la Administración Autonómica. Es como si los problemas de las drogas hubiesen desaparecido o estuviesen ocultos y, por el contrario, no ha sido así, ya que como hemos comentado éste se encuentra más presente que nunca y existen menos instrumentos rehabilitadores para combatirlos.

No obstante, sigue manteniendo el tratamiento de las adicciones un carácter integral y universal, aunque mermado en su cobertura como consecuencia de los recortes. De seguir así, es previsible un empeoramiento de la situación para el próximo año.

En relación a las quejas en las que se ha intervenido en el año 2013, el número de éstas ha sido de 20, en las que se abordan problemas de diversa naturaleza. En un primer grupo destacamos aquellas que hacen referencia a la reducción de plazas de concierto en centros de internamiento; la disminución del coste plaza/día y las dificultades de mantener los centros de tratamiento; el cierre de centros de día de las Ongs o la reducción de las aportaciones de la Junta de Andalucía en los conciertos y convenios con entidades públicas y privadas, en torno a un 15% para el sostenimiento de la Red Pública, así como el retraso en el pago de las ayudas (**queja 12/6745 y queja 12/6134**).

De forma individual siguen estando presentes las relacionadas con personas con patología dual y sus dificultades para iniciar un tratamiento integral, aquellas otras

relacionadas con el tiempo de espera para los programas de tratamiento o el acceso a los programas de reinserción.

En cuanto a las quejas que reflejan esta realidad, podemos encontrar las iniciadas a finales de 2012 (**queja 12/5463, queja 12/6859, queja 12/6851, queja 12/6852, queja 12/6853, queja 12/6854 y queja 12/6855**), y tratadas a lo largo del año 2013, en las que, en un primer momento, la Federación Enlace y posteriormente la entidades que gestionaban los centros de día federadas en Enlace, se dirigieron a la Institución solicitando nuestra mediación ante el cierre de los conciertos con la Administración para el sostenimiento de éstos. En estas se hacía referencia a la desaparición de los conciertos por las políticas de recortes y la disminución de las aportaciones del Plan Nacional sobre Drogas a las ONGs.

Nos dirigimos a la Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias, trasladándole este grupo de quejas relacionadas. A ello la Administración argumentaba que *“en agosto pasado no se renovaron los conciertos con los Centros de Día de la iniciativa social, hasta tanto no se dispusiera de información suficiente que permitiera disponer de evidencias claras sobre la adecuación entre oferta de centros y las necesidades reales que demanda cada provincia, la relación coste-beneficio que presentaban dichos dispositivos, dotación de profesionales, entre otras cuestiones. Por eso, se iniciaron los trabajos para la realización de un informe técnico sobre la totalidad de los recursos asistenciales y de e incorporación, sobre sus prestaciones y las necesidades actuales”*.

Bajo este argumento que recogía la intención de realizar un estudio que valorase la oportunidad de estos recursos, se justificaba el cierre de los mismos. Sin embargo, tampoco escapaba esta respuesta a las referencias claras a la crisis y a la reducción del presupuesto por parte del Gobierno Central en los dos últimos dos años que ha supuesto un 49,31%.

No obstante, los pacientes fueron enviados a los dispositivos públicos para que pudieran seguir el tratamiento, lo que al menos garantizaba éste.

En la valoración que hacíamos del escrito de la Administración, no considerábamos lógica la decisión de suprimir los conciertos y, a posteriori, plantear un estudio de viabilidad de estos recursos. Por ello, remitimos el informe a los interesados para que presentasen alegaciones, al margen de las razones presupuestarias que eran presentadas en un segundo lugar.

Recibimos escrito con las alegaciones, cuyos argumentos se fundamentaban en que hacía más de siete meses que la Consejería diera por terminado el concierto, de este modo la situación que se decía como provisional llegaba a ser definitiva, ya que se planteaba una revisión del mapa de recursos y servicios pertenecientes a la Red de Asistencia de Drogodependencias y Adicciones de Andalucía, y está convirtiéndose en una situación con cierta perdurabilidad en el tiempo que les hacía temer el carácter definitivo. Todo ello había supuesto que las entidades hubieran recurrido a la convocatoria de subvenciones, tal como se les había indicado, donde se encontraron la sorpresa que la partida presupuestaria prevista en éstas para 2013 había disminuido, con respecto a 2012, en un 34,40%, lo que ha supuesto una reducción de los programas y recursos de éstos.

Consideraban que la publicación del mapa de recursos se estaba alargando demasiado, y las entidades sentían que no estaban participando en su elaboración, cuando aportaban tanto al Plan Andaluz sobre Drogas.

Por último, solicitaban que se agilizaran las gestiones de evaluación de los servicios y recursos de la red asistencial de drogodependencias y adicciones y se diera la participación en dicha evaluación a las entidades sociales que venían gestionando parte de dichos servicios.

Dimos traslado de nuevo a la Administración del escrito de alegaciones y volvimos a recibir respuesta en términos parecidos, del que destacamos algunos aspectos recogidos en el mismo.

Se venía a reconocer los ajustes que se realizaban en la Consejería. También se decía que la Red Pública de Atención a las Drogodependencias se constituía con la aportación de las entidades sociales y los centro públicos, con solo ocho centros propios, lo que hizo que en su crecimiento se tuvieran en cuenta criterios de existencia anterior de recursos y criterios, también, de oportunidad, con escasa planificación de necesidades reales.

En esta valoración se olvidaba que la Red se constituyó hace casi tres décadas, y las necesidades actuales nada tienen que ver a las existentes en aquel momento. En cualquier caso, es imposible imaginar que en todos estos años no se hubieran realizado adaptaciones a los contextos, sobre todo cuando estamos en un contexto de crisis.

Más adelante el informe decía: *“Siguiendo esa línea de trabajo, en agosto pasado no se renovaron los conciertos con los Centros de Día de la iniciativa social, hasta tanto no se dispusiera de información suficiente que permitiera disponer de evidencias claras sobre la actuación entre la oferta de centros y las necesidades reales que demanda cada provincia, la relación coste-beneficios que presentan dichos dispositivos, dotación de profesionales, entre otras cuestiones. Por eso se iniciaron los trabajos para la realización de un informe técnico sobre la totalidad de los recursos asistenciales y de incorporación social, sobre sus prestaciones y las necesidades actuales”.*

A continuación se aportaban algunos datos que venían a justificar la decisión tomada al respecto. Entre estos se afirmaba, como datos preliminares del estudio que se estaba realizando, los siguientes.

*“*Existen grandes diferencias entre el número de plazas e índice de ocupación, que en algunos casos no superan el 20%.*

** Diversidad de figuras profesionales, alejadas de las necesarias para estos recursos.*

**Medias de estancia muy dispares, entre 2 y 15 meses.*

** Gran número de pacientes cronificados cuyo perfil se adecua mejor a otro tipo de recursos.*

** Preponderancia de las intervenciones individuales sobre las grupales.*

** Mayor prevalencia de las actividades de orientación/asesoramiento y ocupacionales.*

** Organización territorial inadecuada”.*

Concluía el informe que “*estos datos obligan a valorar estos recursos en su redefinición, población atendida, actuaciones y distribución territorial. Y se indicaba que esta valoración” correspondía tanto a los centros públicos como privados”.*

Y, para concluir, a lo solicitado de participar las entidades sociales en dicho evaluación, se decía que “*no se ha considerado adecuado que tomen parte en su propia evaluación, por la consiguiente pérdida de objetividad”.*

Es cierto que desde la creación de la Red de Atención, podemos decir que existen o existían distintos modelos de Centros de Día, aunque, en general, los pertenecientes a las entidades sociales eran Centros de Día de incorporación social. De los dos modelos existentes de Centros de Día, incorporación social y tratamiento ambulatorio, la opción de Andalucía fue de incorporación social, lo que no impide que existan otros que unen los dos modelos. En cualquier caso, no es responsabilidad de las ONGs o de los municipios sino de los órganos encargados de la coordinación.

Este modelo es semejante a los existentes en otros colectivos (enfermos mentales, discapacitados...). Son recursos cuyo fin no es cronificar al paciente, todo lo contrario, darles herramientas para salir al exterior, aunque ello depende de los niveles de deterioro que presente y de los recursos que existan en la sociedad para seguir avanzando en el proceso de normalización y, en estos momentos de crisis, estos son exiguos por lo que los pacientes permanecen mucho tiempo en ellos.

Consideramos, por último, que la principal motivación tuvo que ver con la necesidad de acometer importantes recortes en el ámbito de las adicciones, y que desde las competencias de la Administración se decidió la intervención sobre estos recursos.

Con un asunto parecido, aunque en este caso referido a los Centros de Día gestionados por las Administraciones Locales, abrimos de oficio la **queja 13/3484**, al recibir información del Ayuntamiento de Sevilla, junto a la de otros municipios, en la que se ponía de manifiesto la situación de los Centros de Día incluidos en la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones.

En el caso del Ayuntamiento de Sevilla, se recogía en el escrito presentado ante la propia Consejería de Salud y Bienestar Social, lo siguiente:

“Que se ha reducido un 13% de la cuantía percibida en ejercicios anteriores, lo que había obligado a una mayor aportación para seguir manteniendo la calidad del Servicio que se presta desde esos Centros.

Las prórrogas de los Convenios son anuales, y se realizan en el primer trimestre del año.

Si la cuantía solicitada para mantener los mismo servicios en el periodo de abril a diciembre es de 99.6476,50 €, la notificación recibida asciende a 83.092,50 € para estos últimos nueve meses.

No obstante, la mayor preocupación se produce teniendo en cuenta el acuerdo que esté previsto para el año 2014, antes de la finalización del acuerdo en vigor y antes de finalizado el presente ejercicio. De no aclararse esta situación es previsible que los centros de día de Sevilla capital podrían verse en peligro”.

Basada en esta información y debido al conocimiento de otros municipios preocupados por los recortes que es estaban llevando en esta materia, trasladamos la información a la Consejería de Salud, Igualdad y Políticas Sociales.

Recibimos informe en los siguientes términos:

“La Comunidad Autónoma Andaluza dispone de la mayor red asistencial del estado español con 187 centros que atienden a más de 42.000 personas al año. Dicha red funciona por medio de Convenios de colaboración con las Corporaciones Locales (Diputaciones y Ayuntamientos), así como con Conciertos suscritos con Organizaciones no Gubernamentales.

La financiación de la red se sustenta con fondos propios de la Junta de Andalucía y con fondos procedentes de la Administración General del Estado”.

Más adelante, se nos decía que:

“Sin embargo, hay que tener en cuenta que el Gobierno Central, al que corresponde la competencia en materia de subvenciones a las Comunidades Autónomas para el funcionamiento de los Planes Regionales de Drogodependencias, no ha seguido, precisamente, una línea de actuación para mantener la continuidad en la financiación. Esto se pone de manifiesto en el sistemático recorte y drástica disminución de la aportación económica que corresponde a Andalucía por parte del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad”.

Y, a continuación se decía que:

“En los últimos dos años, la bajada de la contribución estatal a la Comunidad Autónoma, en materia de drogodependencias, representa un 49,31%. Estamos hablando de casi un 50% menos en un lapso de tiempo mínimo: en dos ejercicios presupuestarios.

Este brusco corte en los ingresos para la atención al área de las adicciones supone, en el caso de Andalucía, pasar de disponer de 2.968.870 euros en 2011 a tan sólo 1.502.445 euros en 2013. Esta reducción afecta a tres de los cuatro conceptos a los que se vinculan los distintos programas. Así, se ven reducidas las partidas para los ayuntamientos y diputaciones, los programas preventivos y los de reinserción de drogodependientes con problemas penales.

Como consecuencia también de los recortes presupuestarios reseñados, durante este año se han reducido, en diversos porcentajes, las cantidades de los Convenios con las Corporaciones Locales: en el caso de los tres Centros de Día conveniados con el Ayuntamiento de Sevilla se trata de una reducción de un 13%. Hay que tener en cuenta que en los últimos dos años se habían mantenido las cantidades del Convenio por parte de la Junta, a pesar de la presión financiera, de los ajustes y las rebajas de todo tipo a las que se veía sometida la Administración andaluza -incluida la reducción de los sueldos decretada por el Gobierno central al funcionariado, tanto de la Junta de Andalucía como de otras instituciones públicas”.

Por último, se informaba que:

”Esta Consejería mantiene su interés en continuar con la colaboración establecida con el Ayuntamiento para contribuir al sostenimiento de los Centros de Día, pese a los momentos de dificultad económica por los que todas las administraciones atravesamos. De hecho, el convenio para el periodo comprendido entre el 1 de abril y el 31 de diciembre de 2013, para los mencionados Centros de Día, se suscribió con fecha 22 de julio de este mismo año y no hay inconveniente alguno en que, al término de su vigencia, las partes volvámos a firmar este tipo de acuerdo.

En estas fechas, estamos en la fase de elaboración de los presupuestos para el ejercicio 2014 y aún es prematuro adelantar cualquier tipo de cifras; sin embargo, dentro de la lógica del discurso mantenido a lo largo del tiempo por el Gobierno andaluz, la previsión con respecto a la red asistencial autonómica y, más concretamente, para los Centros dependientes de entidades municipales, será la de ajustar el presupuesto 2014 de forma que, en ningún caso, se llegue a mermar la oferta de atención ni que los ciudadanos y ciudadanas con problemas de adicciones vean menguar sus derechos con respecto a las prestaciones que han estado recibiendo hasta la fecha”.

Con dicha información consideramos que, en parte, los temores manifestados quedaban subsanados con la manifestación realizada de seguir manteniendo la Red de Atención. No obstante, la importante reducción presupuestaria en el presente año y las que puedan realizarse en un futuro, dejan en una situación de fuerte debilitamiento a la Red Pública de Atención, que difícilmente podrá seguir manteniendo unos niveles de cobertura como los que se han venido ofreciendo años atrás. Por ello, habrá que estar atentos a los movimientos de las Administraciones ya que pueden verse afectados diversos dispositivos, lo que podría llevar a un debilitamiento de la Red de Atención a las Adicciones.

Otra queja que venía a incidir en las dificultades de acceso a los dispositivos de la Red, era la **queja 13/3260**, presentada en el mes de mayo de este año. En ésta un paciente del CPD de Sevilla, que se encontraba pendiente de entrar en el programa de reinserción Red de Artesanos nos refería en su escrito lo siguiente:

“Una vez superadas todas las fases de rehabilitación en el CPD, en abril del 2012 se solicita mi incorporación en el Programa Red de Artesanos con el fin de integrarme en mundo laboral. A fecha de hoy, me dicen que ocupo el número

210 de la lista de espera. Esto puede significar que me llamen dentro de un año o más.

Mi situación actual es de plena rehabilitación y no quiero que esta situación de espera me afecte”.

Al final, solicitaba mediáramos ante la Administración. Así lo hicimos y nos dirigimos a ésta trasladándole las dificultades que puede suponer para esta persona la falta de recursos de reinserción en un momento donde había superado toda una serie de fases muy complicadas, y se encontraba al final del proceso.

La respuesta de la Administración no podía ser más desalentadora, al hacer referencia de nuevo a los recortes presupuestarios y cómo éstos afectaban a todos los programas. No había respuesta alguna a la situación de esta persona o al tiempo que debería seguir esperando.

Nos encontramos en una situación de absoluta impotencia donde sería cuestionable el actual modelo de atención, ya que la falta de disponibilidad para el sostenimiento de la Red impide que ésta adquiriera un sentido rehabilitador para las personas.

Como en años anteriores, también en 2013 hubo quejas que abordaban la situación de personas con una patología dual, algunas de las cuales hemos tratado desde Salud Mental. Es el caso de la **queja 13/130**, que fue presentada primeramente por Internet, en la que la interesada solicitaba que su hijo, que padecía patología dual (trastorno bipolar añadido a drogadicción) fuese ingresado para recibir tratamiento en un centro especializado.

Textualmente decía:

“Solicitamos que algún centro de la Junta de Andalucía se haga cargo de mi hijo, ya que hasta ahora ni el Ayuntamiento ni la Diputación de Málaga han dado respuesta para la solución de un grave problema de seguridad personal para el propio enfermo, como para familiares y la comunidad.

Todo ello está siendo agravado por no tomar la medicación prescrita por el facultativo, y por el consumo de drogas. Por lo lleva conductas descontroladas suponiendo un peligro para la familia y para la comunidad, en la que lleva algunos meses delinquiendo de manera descontrolada bajo los efectos de sustancias.

En estos momentos se encuentra de nuevo en la comisaría de la policía nacional de Vélez-Málaga. A la cual se le han hecho llegar los informes facultativos para su medicación.

Es un peligro de orden público, debido a su enfermedad mental, tiene reconocido un 65 % de discapacidad por la Junta de Andalucía”.

En vista de los hechos que se nos trasladaban solicitamos informe a la Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias. Remitido éste, se nos vino a decir lo siguiente:

“El paciente toma contacto con los dispositivos de adicciones el 26/08/2011, siendo incluido en el Programa de deshabituación de cocaína por el Centro Comarcal de Drogodependencias de Vélez-Málaga. Se le realizan varios controles toxicológicos, dando sólo uno de ellos positivo a cannabis y en el resto de sustancias resulta negativo.

Posteriormente, solicita ser derivado al Centro de Proyecto Hombre de Málaga (12 de marzo de 2012), permaneciendo en tratamiento en este centro hasta el 11 de julio de 2012, fecha en la que abandona el tratamiento.

Volvió a reiniciar el mismo el 31 de octubre de 2012, de nuevo en Proyecto Hombre, siendo citado a consulta en nueve ocasiones, según consta en el Sistema de Información sobre Drogodependencias y Adicciones (SIPASDA); pero, no acudió a ninguna de ellas. Se adjunta copia del Informe emitido por la Dirección de Proyecto Hombre de Málaga al respecto.

Dados los constantes cambios de centro y la no continuidad del tratamiento, no ha podido ser diagnosticada ni valorada la posibilidad de ingreso en otro dispositivo.

En cualquier caso, si decidiera acudir de nuevo a solicitar ayuda, los Centros de la Red de Atención a las Drogodependencias están abiertos para tratar su caso y, si fuera necesario, se le podría incluir en un tratamiento integrado con la red de Salud Mental”.

A la vista del contenido de dicho informe consideramos que es un caso más de los pacientes con patología dual y con grandes dificultades de integrarlos en un tratamiento integral, ya que no existen recursos especializados para ellos. Deambulan de unos dispositivos a otros y sufren las consecuencias del *síndrome de la puerta giratoria*. Al final, da la impresión que la responsabilidad recae en el paciente y no en la ausencia de dispositivos adecuados a su perfil.

Ante las situaciones recogidas en este informe, parece obvia la necesidad de plantear un modelo de intervención ajustado a una nueva realidad. Aquella que surge de la exigencia de seguir prestando una atención de calidad desde los dispositivos públicos con un carácter integral, universal y gratuito.

En este sentido, la Proposición no de Ley aprobada en el Congreso de los Diputados el pasado 19 de noviembre del año 2013, relativa a la prevención y el bordaje de las adicciones desde los servicios sanitarios de atención primaria, presentada por el grupo parlamentario Popular en el Congreso y apoyada por todos los grupos parlamentarios (Número de expediente del Congreso 161/001892 y número de expediente del Senado 663/000050), viene a incidir en la necesidad de una detección de los problemas de adicciones desde la atención primaria y posterior tratamiento. Ello debe llevar a una reflexión sobre el futuro de la Red de Adicciones en Andalucía que, en ningún caso, suponga una merma en la prestación de los programas y servicios, ni de la calidad de la atención que requieren las personas con este tipo de patología.

Es ésta una cuestión que desde hace años se viene debatiendo en nuestra Comunidad Autónoma, dada la construcción de la Red Pública hace 28 años y su sostenimiento con la colaboración y aportación de todas las Administraciones Públicas y las

entidades sociales. Todos los recursos han sufrido los efectos de los recortes debido a la crisis y, en estos momentos, es necesario avanzar en un modelo integrado en el ámbito de otras redes públicas, en los términos recogidos en la cartera de Servicios del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Por último, estimamos oportuno destacar una cuestión que puede tener consecuencias en un futuro de mantenerse las previsiones actuales. Nos referimos al Anteproyecto de la nueva Ley de Seguridad Ciudadana aprobada a finales de Noviembre, ya que prevé fuertes multas para la tenencia de drogas, aunque éstas no estén destinadas al tráfico o sean consumidas en la calle, considerándola falta grave, lo que se castiga con multas de entre 1.001 y 30.000 euros.

La Ley de Seguridad Ciudadana que entró en vigor en 1992 ya preveía fuertes sanciones por la sola tenencia de drogas. Llevar un porro, o cualquier otra sustancia para consumo propio, está considerado desde entonces como una infracción grave. Lo que cambia en el nuevo texto es la cuantía de las multas a pagar. Este tipo de infracción está sancionada hasta ahora con multas de entre 300 y 30.000 euros, imponiéndose generalmente como sanción la prevista en su grado mínimo, es decir, con 300 euros. En el nuevo texto la cantidad mínima por faltas graves será a partir de 1.001 euros. Ello, significa que, aunque la Administración opte por la sanción más baja en esa franja, como ha venido ocurriendo hasta ahora, la persona sancionada tendrá que abonar, como mínimo, un 300% más que antes.

Sin embargo, la cuestión más importante, con respecto a la Ley del 1992 y no contemplado en el Anteproyecto, es la posibilidad de iniciar un tratamiento como una alternativa al pago de la sanción. Esto ha permitido que muchos jóvenes iniciados en el consumo se sometieran a un programa de deshabituación que alcanzaba un resultado disuasorio, como recogen estudios realizados al respecto.

También en el apartado de infracciones graves, el Anteproyecto pretende dar respuesta al fenómeno del “botellón”. En éste se castiga con multas de entre 1.001 y 30.000 euros «el consumo de bebidas alcohólicas en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos cuando perturbe gravemente la tranquilidad ciudadana». En el caso de los menores, se pretendía que sus padres paguen la multa, aunque el Ministerio de Justicia advirtió de la imposibilidad legal de trasladar la infracción de una persona a otra, aún existiendo el citado vínculo familiar.

En cualquier caso, entendemos que el abordaje de estas situaciones debe tener un carácter preventivo y educativo, y no meramente represivo sobre todo cuando, en general, son personas muy jóvenes en proceso de formación.

SECCIÓN CUARTA: QUEJAS Y NO ADMITIDAS Y SUS CAUSAS

II.- DE LAS QUEJAS RECHAZADAS Y SUS CAUSAS.

1. QUEJAS ANÓNIMAS.

En el **Área de Salud**, el relato que el interesado hacía en la **queja 13/6089** ponía de manifiesto la desconsideración en el trato recibido por parte de un psiquiatra del Hospital El Tomillar (Sevilla).

Puesto que en el expediente no había referencia de domicilio, ni dato alguno de contacto con el interesado, en orden al envío de las notificaciones resultantes de la tramitación, se tuvo que optar por el cierre de la queja, sin perjuicio de que el mismo pudiera acudir de nuevo a esta Institución ofreciéndonos los datos referidos.

2. FALTA DE COMPLETAR DATOS NECESARIOS.

Dentro del **Área de Salud**, en la comunicación que nos enviaba el interesado en la **queja 13/2585** nos daba cuenta de los problemas de salud pública (foco de garrapatas) que se daban en una de las viviendas de la comunidad de propietarios que presidía, los cuales ya habían sido objeto de denuncia.

A este respecto se le indicó que si deseaba que investigásemos sobre la tramitación de este asunto, necesitábamos que nos enviase copia de las denuncias realizadas y las respuestas recibidas, así como de toda la documentación que poseyera relacionada con el mismo. Igualmente precisábamos que ratificase en firma la queja, que nos comunicase la dirección de la vivienda afectada y que acreditase su condición de presidente de la comunidad de propietarios. Tras varios meses sin noticia alguna cerramos la queja.

Nuestra compareciente de la **queja 13/1406** nos comunicaba las circunstancias en las que se produjo el fallecimiento de su madre, el cual atribuía a una mala praxis asistencial en el Hospital San Juan de Dios (Sevilla), pues reclamaba la práctica de pruebas diagnósticas añadidas que hubieran permitido diagnosticar correctamente su dolencia.

A la vez que le trasmitimos nuestro sincero pesar, le explicamos nuestras posibilidades de actuación en los supuestos reveladores de negligencia en la asistencia, pidiéndole la ratificación de su queja si deseaba que la tramitáramos en los términos que le señalábamos.

Ante la falta de respuesta, a pesar de haberle dirigido una segunda comunicación insistiendo sobre la necesidad de contar con los datos solicitados, hubimos de dar por concluidas nuestras actuaciones.

La interesada en la **queja 13/519** nos refería que le habían denegado el medicamento que le había prescrito el cardiólogo, al parecer un fármaco llamado Dibagratán, en lugar del Sintrom que venía tomando, a pesar de los padecimientos que le

afectaban, por los que venía obligada a seguir otros tratamientos. Archivamos la queja al no contar con los datos que se le solicitó en dos ocasiones.

En la **queja 13/2754** la interesada nos trasladaba su malestar por el importe que había tenido que sufragar para la adquisición de un medicamento, comparándolo por otro lado con lo que habitualmente pagaba su marido para obtener los suyos.

Dado que la prescripción de los sobres venía marcada por la práctica de una colonoscopia, podíamos admitir su queja a trámite a fin de investigar lo sucedido en el caso, pero para ello nos interesaba que nos explicara quién le prescribió la medicación que estábamos considerando (si fue algún facultativo del hospital, o del centro de salud), que nos indicara el centro en el que se realizó la prescripción y aquel en el que se había llevado a cabo la prueba diagnóstica en cuestión, y que nos enviase una copia de la receta.

A pesar de nuestra insistencia para que nos enviase los datos solicitados éstos no fueron remitidos, por lo que dimos por concluidas nuestras actuaciones.

Sobre temas de adicciones, la interesada en la **queja 13/2735** nos refería que tenía un hijo de 35 años, drogodependiente, y que el médico le indicaba que debía dejar de consumir debido a que presentaba riesgos graves para su salud. La madre se había encargado de ir al Centro de Drogodependencia para solicitar información y le decían que debería esperar tres meses para poder entrar.

Le solicitamos una ampliación de datos para que nos dijera si tenía realizado el protocolo para entrar en un centro. Tras meses de espera sin noticias, cerramos la queja.

3. DUPLICIDAD.

Las quejas de **Salud** que han debido cerrarse bajo esta clave lo han sido porque se han unido a otras quejas anteriores al detectarse la existencia de otro escrito previo presentado por la misma persona y sobre el mismo tema, siguiéndose, por tanto, las actuaciones correspondientes en esa queja anterior, como es el caso de la **queja 13/1028**, en la que la interesada planteaba problemas de coordinación y demora en la asistencia de rehabilitación de su hijo.

4. NO IRREGULARIDAD

Dentro de los temas referentes a **Salud**, el interesado en la **queja 13/1497** ponía de manifiesto su disconformidad respecto a la respuesta recibida en vía de reclamación dirigida al Hospital Universitario Virgen Macarena, dónde fue atendido su padre, al parecer motivada por el hecho de que aquel fuera atado y se le suministrara en su opinión doble dosis de somníferos.

La aplicación de medidas de contención mecánica por sí mismas no entraña vulneración de los derechos de los pacientes, pues es pacífica su necesidad ante

determinadas situaciones siempre que se lleven a cabo para los supuestos y dentro de los límites legales que habitualmente se recogen en los protocolos elaborados al respecto.

Atendiendo a la documentación aportada, y tras examinar los protocolos aludidos para la adopción de este tipo de medidas en el ámbito hospitalario, parecía que la aplicación de dichas medidas obedeció a la necesidad de garantizar la integridad física del paciente, tras la valoración por parte del facultativo, tratando de evitar un posible riesgo o lesión, teniendo en cuenta en todo momento su historia clínica, y afirmándose incluso que dichas medidas llegaron a ser solicitadas por parte de su esposa .

Comprendemos que este tipo de actuaciones, que se plantean en situaciones límite para garantizar la seguridad del paciente y su entorno, no resulte agradable para el mismo ni para los familiares, pero por su parte el interesado no nos refería ningún dato ni nos trasladaba información que pudiera poner en cuestión la legitimidad de aquellas, por lo que teniendo en cuenta lo expuesto no pudimos admitir su queja a trámite.

En la **queja 13/2089** el interesado nos trasladaba sus sospechas de mala praxis en relación con el diagnóstico de metástasis de la enfermedad oncológica que padecía su esposa, puesto que a su modo de ver se retrasó el mismo, con pruebas muy espaciadas, ocasionándose su fallecimiento.

Nos preguntaba sobre la manera de presentar denuncia por mala praxis, y a este respecto se le indicó que las actuaciones sanitarias que se estimasen negligentes podían ser llevadas ante los tribunales del orden jurisdiccional penal, si se consideraba que los profesionales intervinientes en el proceso asistencial habían cometido delito o falta.

También era posible demandar la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si se estimaba que la actuación asistencial no se había desarrollado conforme a la *lex artis*, y que como resultado de dicho desajuste se había producido un daño que resultara directamente imputable a aquel. En este caso se podía iniciar un expediente de responsabilidad patrimonial ante la Dirección Gerencia del SAS, el cual culminaría con una resolución que podía recurrirse en el ámbito contencioso-administrativo.

Ahora bien para el ejercicio de esta última opción el interesado disponía de un año a contar desde el fallecimiento de su esposa, por lo que entendíamos que una vez transcurrido el mismo, si no había formulado reclamaciones que pudieran interrumpir la prescripción, debíamos entender que no le asistía esta posibilidad.

El interesado en la **queja 13/3356** nos refería que su hermana se encontraba ingresada en el Hospital San Juan de Dios, tras ser derivada al mismo desde el Virgen del Rocío, y en estado de coma. Nos comunicaba que en la actualidad estaba siendo presionado por los facultativos para que se la llevase a una residencia de carácter privada, careciendo por su parte de medios económicos para hacer frente al coste de la misma.

Pues bien a este respecto se le indicó que la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la atención especializada en régimen de internamiento, comprendía la asistencia médica, quirúrgica, o la realización de procedimientos o tratamientos diagnósticos a pacientes que requerían cuidados continuados que precisaban su internamiento.

Una vez que el carácter agudo del proceso patológico cesaba, habitualmente se producía el alta, sobre todo cuando no cabía seguir proporcionando asistencia o tratamientos porque estas posibilidades terapéuticas se habían agotado, lo cual no quería decir que el paciente no siguiese precisando determinados cuidados.

En estos casos tras el alta hospitalaria podía producirse el traslado del paciente al domicilio, el cual debía ir acompañado de todo tipo de medidas para favorecer el cuidado en el mismo (atención por el médico de cabecera, dotación de material para movilización y cuidados, apoyos técnicos, etc.), o bien era posible que el mismo se realizase a un centro residencial adecuado.

Desgraciadamente la aspiración largamente sentida de contar en el ámbito público con un espacio sociosanitario que pudiera atender situaciones como la que actualmente afectaba a la hermana del interesado, no se ha materializado.

Por ello le sugerimos que contactara con los trabajadores sociales del hospital, los cuales podrían asesorarle sobre las alternativas de centros y las ayudas con las que pudiera contar para que su hermana pudiera acceder a plaza en alguno de ellos.

La promotora de la **queja 13/2591** nos trasladaba la problemática que le afectaba al objeto de tener descendencia, y por tanto la necesidad de someterse con dicha finalidad, a un tratamiento de reproducción asistida, mostrándose disconforme con el plazo que le anunciaban para el mismo, que podía superar los dos años.

A este respecto consideraba que deberían establecerse criterios de prioridad para el acceso a dicho tratamiento, y demandaba que se tuviera en cuenta en este orden de cosas, el proceso de la enfermedad de su marido.

Sobre este particular le indicamos a la interesada que en esta Institución ya habíamos analizado muchos casos en los que, de manera similar a lo que ahora se nos planteaba, los aspirantes a recibir un tratamiento de esta naturaleza habían tratado de hacer valer sus circunstancias específicas para alterar el orden de prelación en el acceso al mismo, marcado exclusivamente por el momento de inscripción en el registro de lista de espera.

El interesado de la **queja 13/6054** mostraba su extrañeza por el desembolso que algunos de sus familiares debían hacer para la adquisición de sus medicamentos.

A este respecto le indicamos al interesado que las previsiones de aportación en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público son distintas para los desempleados de larga duración, y los enfermos crónicos.

Por lo que hacía a la solicitud de reconocimiento del grado de discapacidad, que al parecer había visto denegada, se le indicó al reclamante que la valoración se realiza con arreglo a las pautas establecidas en un baremo, y que lo que se tiene en cuenta no es la enfermedad en sí misma, sino la incidencia que tiene en la capacidad de petionario para realizar las actividades de la vida diaria.

También se le indicó que en el texto de la resolución se establece el período tras el cual se puede volver a solicitar, cabiendo dicha posibilidad cuando se acredite un empeoramiento sustancial del estado de salud del afectado.

La interesada en la **queja 13/5324** denunciaba una situación de acoso por parte de la inspección médica, en el marco de un proceso patológico que había padecido en el curso de este año.

Le comunicamos a la interesada que en esta Institución no teníamos medios para poder valorar la corrección de las actuaciones de la inspección, puesto que el control de la situación de incapacidad temporal que los inspectores ejercían, conllevaba la emisión de dictámenes técnicos en relación con la incidencia de su patología en la capacidad para llevar a cabo su trabajo, que no podíamos valorar.

En estos casos nos limitamos a sugerir la impugnación de las altas cuando se consideren indebidamente emitidas, primero mediante la correspondiente reclamación en la vía administrativa, y después si se considera oportuno, en sede judicial.

5. JURÍDICO-PRIVADA.

En el **Área de Salud**, la interesada en la **queja 13/2882** nos trasladaba las dudas planteadas en torno a una actuación realizada a su hija en una clínica dentista. En este sentido refería que le habían realizado la extracción de dos piezas que se suponían temporales, sin que a pesar de haber transcurrido más de un mes, le hubieran siquiera asomado las definitivas.

A este respecto le indicamos a la interesada que la actuación del Defensor del Pueblo Andaluz se ciñe a la defensa de los derechos de la ciudadanía cuando resultan vulnerados por actuaciones de la Administración Autonómica Andaluza y que el caso que la interesada sometía a nuestra consideración, sin embargo, había tenido lugar en un centro sanitario privado, el cual escapaba de nuestras posibilidades de supervisión.

Por las mismas razones fue rechazada la queja 13/208.

La interesada de la **queja 13/1621** tenía un problema con una aseguradora privada pues tras haber firmado un contrato con la misma, se discutía la existencia de período de carencia, pues mientras ella lo entendía eliminado por su anterior condición de beneficiaria Muface, la entidad aseguradora le había requerido el pago de la asistencia que le fue proporcionada antes de que se completara el mismo.

Solicitaba la intervención de esta Institución, pero de sus manifestaciones se deducía que nos encontrábamos ante un conflicto que afectaba únicamente a particulares, sin que existiera un organismo público que interviniera como causante del problema que planteaba.

Le sugerimos a la interesada que formulase reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, para que se tramitase el procedimiento previsto en estos casos, que versaba sobre materias relacionadas con contratos de seguro

y planes de pensiones que derivasen de la actuación de entidades aseguradoras, gestoras de fondos de pensiones y mediadores de seguros.

6. SIN COMPETENCIA.

Dentro del **Área de Salud**, la interesada nos explicaba en la **queja 13/2288** que la entidad aseguradora privada que le proporcionaba asistencia sanitaria en razón de su condición de afiliada a Muface, no le había autorizado la dispensación de un tratamiento de reproducción asistida, por entender que en su caso la esterilidad había de venir asociada a una patología ginecológica. Consideraba que la redacción del convenio suscrito entre Muface y las entidades privadas era ambigua y nos refería haber formulado reclamación frente a la entidad gestora aludida.

Se le informó a la reclamante que en el supuesto de que la entidad de seguro privada prestadora de asistencia sanitaria incumpliera las obligaciones previstas en el concierto, este último preveía la posibilidad de reclamar, de manera que Muface venía obligada a realizar las gestiones oportunas ante aquella, y en caso de que no diesen resultado, a iniciar un expediente ante la comisión mixta provincial, concluyendo el mismo con una resolución que podía recurrirse en alzada, ante el titular del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

De todas maneras le indicamos a la interesada que esta Institución no podía conocer del problema que nos trasladaba, en la medida en que su competencia se extiende exclusivamente respecto de los organismos que integran la Administración Autónoma Andaluza, perteneciendo Muface, sin embargo, a la Administración central del Estado, por lo que se le informó que podía reproducir su queja ante la Defensora del Pueblo de las Cortes Generales.

El interesado de la **queja 13/2806** nos trasladaba los problemas que se planteaban para que una mujer afectada por un ACV pudiera acceder a una cita de neurología, pues no ponían a su disposición una ambulancia para el desplazamiento, ni la familia tenía medios para llevarlo a cabo por su cuenta.

Le indicamos al mismo que esta Institución del Defensor del Pueblo Andaluz, extiende su competencia exclusivamente respecto de las actuaciones de la Administración Autónoma Andaluza. Por lo que, teniendo en cuenta que los hechos que relataba, al parecer, venían sucediendo en Colombia, se le indicó que carecíamos de la posibilidad de intervenir, aunque le sugerimos la posibilidad de plantear este asunto a la Defensoría del Pueblo de Colombia (www.defensoria.org.co).

7. SUB-IUDICE

En referencia al **Área de Salud**, el interesado nos refería en la **queja 13/2021** que su esposa falleció hacía nueve años a raíz de una intervención quirúrgica de reducción de estómago, considerándose por su parte que dicho fallecimiento obedeció a negligencia

médica, por lo que inició actuaciones judiciales que no habían tenido el resultado que esperaba.

Ahora parecía que se planteaba la posibilidad de recurrir, (suponíamos que la sentencia dictada en primera instancia), pero le habían advertido de la eventualidad de tener que hacer frente al pago de las costas, si el fallo del recurso tampoco le favorecía.

Por los términos de su comunicación entendimos que el interesado había planteado este asunto en el orden jurisdiccional penal, en el cual lo que se dilucidaba era si los profesionales que practicaron las actuaciones sanitarias correspondientes habían incurrido en delito o falta.

Se le explicó la posibilidad de reclamar la responsabilidad patrimonial de la Administración, como vía administrativa para lograr algún resarcimiento, y se le insistió en nuestra falta de competencia para revisar las resoluciones de jueces y tribunales, los cuales son absolutamente independientes en el ejercicio de la función jurisdiccional, y solo pueden combatirse con el sistema de recursos legalmente previsto.

La interesada de la **queja 13/1403** nos daba cuenta del fallecimiento de su nieto, el cual atribuía al parecer a una mala atención por parte de los servicios sanitarios de un Hospital.

Aludía también al fallecimiento de otros niños en dicho hospital, pero no refería las causas, lamentando que no se hubieran adoptado medidas por parte de las autoridades sanitarias, y que los procesos judiciales iniciados en relación con estos casos no estuvieran arrojando resultados satisfactorios.

Se le explicó nuestras posibilidades de actuación en estos casos, y le señalamos que las mismas aparecían vedadas cuando se había planteado el asunto ante los tribunales, tal y como parecía haber ocurrido en este supuesto.

8. SIN INTERÉS LEGÍTIMO.

9. SIN RECURRIR PREVIAMENTE A LA ADMINISTRACIÓN.

Dentro del **Área de Salud**, la promotora de la **queja 13/6028** nos daba cuenta del desgraciado accidente padecido por su hermano y las secuelas que se le habían derivado del mismo. A este respecto nos indicaba que en su situación actual de coma vigil, recibía una rehabilitación muy básica, viéndose obligados a sufragar el coste de un profesional rehabilitador psicomotriz, el cual opinaba que el paciente tenía posibilidades de recuperación, y de hecho al parecer había conseguido recuperar algunas de sus habilidades. Refería que la familia carecía de recursos económicos para hacer frente al coste del tratamiento, y se mostraba desorientada sobre el modo de actuar para mejorar su estado de salud.

Le indicamos a la interesada que en el curso ordinario del trabajo de esta Institución hemos tenido ocasión de analizar la problemática que se suscita en relación con dicha asistencia y que desde la Administración Sanitaria se nos ha indicado que el origen del daño es multifactorial, y su abordaje pluridisciplinar, contando el sistema sanitario público con los profesionales y medios adecuados para prestar una atención coordinada a los afectados.

A pesar de ello hemos observado carencias importantes en lo que al tratamiento rehabilitador se refiere, por un lado por la escasa duración con la que a veces se proporciona, y fundamentalmente por la falta de dispensación de rehabilitación neurocognitiva, que es la que los afectados demandan para tratar de paliar los síntomas en esta área.

Normalmente en el proceso de desarrollo de atención al paciente a partir del hecho que desencadena el daño cerebral, se distinguen en el ámbito sanitario una fase aguda y otra subaguda, que vienen seguidas de la fase crónica, con más incidencia en el ámbito social, en tanto que viene presidida por objetivos de logro de autonomía personal e inclusión.

Por lo que respecta a la fase subaguda existe un centro de referencia estatal para la atención a personas con daño cerebral (Ceadac), dependiente del Imsero, aunque los pacientes en coma suelen estar excluidos de los programas de rehabilitación que se imparten en el mismo, por la imposibilidad de tomar parte activa en los mismos. En todo caso, le indicamos a la interesada que podía pedir información en el hospital, desde donde podían realizarle un informe para avalar su solicitud.

En otro orden de cosas también se le sugirió que contactase con asociaciones especializadas en daño cerebral, al objeto de que le facilitasen información, y le orientasen sobre los pasos a seguir en este momento. En el seno de la Federación de Asociaciones de Daño Cerebral Adquirido (Fedace), podría contactar con ADACCA, <http://webs.ono.com/adacca/> que se ubica en la provincia de Cádiz, donde con todas las seguridades le podrían orientar y facilitar información de tratamientos y recursos.

La interesada en la **queja 13/5520** comentaba el caso de un niño de nacionalidad finlandesa al que el INSS denegaba el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, invocando por su parte a este respecto el contenido de la Convención de los derechos del niño, o la propia Constitución. No nos refería, sin embargo, datos fundamentales para valorar la actuación del INSS, pues desconocíamos la situación de este niño en España, si vivía con familiares, si estaba en situación de riesgo o sometido a tutela administrativa.

La normativa vigente reconoce la condición de asegurados a los menores en situación de tutela administrativa, así como la de beneficiarios a los descendientes o asimilados de personas aseguradas, entre los que figuran los menores sujetos a tutela o acogimiento legal de una persona asegurada. Por otro lado, viene a otorgar la asistencia sanitaria a los extranjeros menores de dieciocho años, en las mismas condiciones que a los españoles.

A la vista de lo anterior le indicamos a la interesada que nos remitiese información concreta sobre la situación administrativa y social del menor, al objeto de valorar la admisión de la queja a trámite, teniendo en cuenta además que las actuaciones

del INSS no son fiscalizables por esta Institución, en la medida en que se integra en el ámbito de la Administración del Estado.

También pensamos que debería solicitar la asistencia del SAS, y en caso de que se la denegasen o alegasen algún tipo de impedimento para ello, se le informó que podía volver a ponerse en contacto con nosotros para prestarle nuestra colaboración.

En la **queja 13/3708** el interesado solicitaba el cambio de medida de la incapacidad y al respecto le informamos que la incapacidad es una medida de protección a las personas debido, en general, a que presentan dificultades para manejarse solas. Las causas que determina ésta son diversas, y nunca es una medida que cercene los derechos de la persona por vida. Puede existir un retroceso de la medida, que deberá valorar y establecer un juez/a, y ello depende de la valoración y seguimiento que se realice de la persona, así como de su evaluación.

En cualquier caso, siempre es un procedimiento judicial, a instancia de parte, en el que se realiza una valoración de diversos factores sociales, sanitarios...

Por ello, consideramos que el interesado debía dirigirse al Juzgado, si así lo consideraba, para solicitar el cambio de situación, teniendo en cuenta su actual estado y el tiempo transcurrido de la adopción de la medida.

En este sentido se le indicó que por nuestra parte no podíamos hacer nada al respecto, ya que, en el ámbito de las competencias que emanan de nuestra Ley reguladora, no podemos intervenir ante Jueces y Tribunales.

El promotor de la **queja 13/4754** denunciaba la situación de la Enfermedad Mental en este país y la discriminación a la que se ven sometidos. En relación a su escrito en el que realizaba una acertada mirada a la atención recibida por los enfermos mentales en nuestro país, se le indicó al interesado que compartíamos muchos de los aspectos del mismo. Es cierto que la Salud Mental se ha medicalizado de tal forma que el apoyo y la ayuda terapéutica queda muy reducida en estos momentos debido a la falta de efectivos que existen desde el sistema de atención y al incremento de la demanda producida en los últimos años.

Continuamos informándole que estos hechos han sido puestos de manifiesto en un Informe Especial sobre la Salud Mental que podía encontrar en la página web de nuestra Institución y que en breve sería presentado en el Parlamento Andaluz. En éste veníamos a denunciar la atención especializada y la necesidad de atender determinadas patologías y colectivos que requieren de mayor atención.

En él se destacaba la necesidad de aplicar íntegramente el II Plan de Salud Mental en Andalucía que, debido a la situación de crisis, se ve en estos momentos, ralentizado. Por otro lado, son necesarios más recursos asistenciales para abordar las nuevas patologías que permitan una recuperación o, en su caso, una estabilización de las personas afectadas.

En el tema de la revisión de la discapacidad, se le indicó al reclamante que el Ministerio de Sanidad había modificado los criterios de valoración, produciéndose una

merma en casi todos los expedientes. En cualquier caso, a los dos años podía solicitar la revisión si existía un incremento o deterioro físico o psíquico que lo aconsejase.

La interesada en la **queja 13/2659** nos trasladaba su disconformidad con el grupo de clasificación en el que había sido incluida a efectos de copago farmacéutico. En este sentido nos refería que se encontraba desempleada sin percibir ninguna prestación, y manifestaba su sorpresa porque no aportaba nada al coste de los medicamentos mientras recibía la prestación, mientras que ahora se veía obligada a abonar el 40%.

A este respecto se informó a la promotora del contenido de la normativa aplicable y le sugerimos, por tanto, que si había agotado las prestaciones por desempleo y permanecía parada, reclamase formalmente la rectificación de sus datos a efectos de copago, a través de un escrito en el que expusiera su situación, acompañando los documentos acreditativos de la misma, y pidiendo ser eximida de aportación en base a la información suministrada.

A la vista de las discrepancias que mantenía el INSS y la Administración Sanitaria sobre la resolución de estas reclamaciones, nos permitimos recomendarle a la interesada que reclamase en ambas instancias administrativas, de manera que si no le respondían, o no le ofrecían una explicación razonada, podía volver a ponerse en contacto con nosotros para prestarle nuestra colaboración.

10. SIN PRETENSIÓN.

Como ejemplo de las quejas no admitidas al no existir pretensión en el **Área de Salud**, la interesada en la **queja 13/5334** contaba que padecía una lesión en un brazo causada por la práctica de una actividad deportiva, y aludía a la necesidad de tomar una medicación que podía tener riesgo de hemorragia.

En este punto esgrimía que no podía acceder a dicho tratamiento, necesario para evitar que la situación que le afectaba deviniese en incapacitante, porque desconocía la causa que produjo la hemorragia determinante del fallecimiento de su hijo, cuyo conocimiento había sido requerido por el médico que le asistía.

Por este motivo ponía de relieve las circunstancias que rodearon dicho fallecimiento, vinculadas a la asistencia sanitaria que se le proporcionó, que estimaba repleta de negligencias, traducidas en falsedades reflejadas en el historial.

Ya en el año 2009 acudió a esta Institución para relatarnos todo lo concerniente a la atención sanitaria de su hijo en un Hospital, y entonces le explicamos que desde esta Oficina no podíamos pronunciarnos en cuanto a la posible existencia de mala praxis vulneradora de la *lex artis* exigida para el caso concreto, ofreciéndonos para mediar en la satisfacción de su derecho a obtener copia del historial clínico, y comentándole las actuaciones que podía iniciar sobre el particular.

El hospital nos envió las pruebas diagnósticas requeridas, aunque la interesada siguió considerando que faltaban algunas, y por otro lado desconocíamos si llegó a formular

reclamación de responsabilidad patrimonial, y el eventual resultado que pudo tener la misma. Sí nos informó de que las diligencias penales se archivaron.

No podíamos por tanto añadir más intervenciones a las que ya practicamos en su día, teniendo en cuenta además que el asunto se había planteado en la vía judicial, y que esta circunstancia vedaba nuestras posibilidades de actuación.

Nos permitimos sugerirle para la solución de su problema que conversara de nuevo con el facultativo que la asistía, emplazándole a realizarle las pruebas necesarias para detectar si presentaba alguna incompatibilidad con la medicación que precisaba, o en su caso, a la prescripción de un tratamiento alternativo.

Queja 13/475. La interesada en esta queja denunciaba mala praxis en el proceso asistencial de su hijo, aquejado de malformación de Chiari, y lamentaba la falta de derivación del paciente al Hospital Vall d'Hebrón, que era donde estaba el personal más experimentado en España en esta patología.

Acompañaba copia de los escritos dirigidos a la Inspección de Servicios Sanitarios denunciando lo ocurrido con su hijo, y el Servicio Andaluz de Salud, solicitando reparación de daños y asunción del coste económico del tratamiento de su hijo en Barcelona y de la rehabilitación que allí se le prescribiera.

Por otro lado pedía cita como presidenta de una asociación de afectados por la patología referida, de manera que, en tanto que no quedaba claro tras la lectura de su queja cuál era su concreta pretensión, esperamos hasta que compareciera para completar la información que nos hacía falta.

En la fecha en que compareció la interesada en las dependencias de esta Institución, tras exponernos el caso particular de su hijo, y hacerle las preguntas oportunas, llegamos a la conclusión de que la cuestión relativa a la eventual existencia de mala praxis en el mismo se encontraba encaminada por la interposición de reclamación de responsabilidad patrimonial.

Por lo que hacía a la derivación de su hijo al Hospital Vall d'Hebrón, parecía ser que se había autorizado, aunque hubiese sido con posterioridad a su traslado e incluso empadronamiento en Barcelona, por lo que no le estaban reclamando ningún importe por la asistencia.

Decidimos entonces no tramitar esta queja particular, sin perjuicio de que nuevas incidencias en la asistencia lo hicieran necesario, y nos centramos en el tema que planteaba la Asociación, sobre la asistencia que en general recibían estos pacientes en nuestra Comunidad Autónoma, y la exigencia de que fuesen remitidos a la unidad más especializada.

El promotor de la **queja 13/4372** mostraba su discrepancia respecto del trato recibido por su hermano de parte de su psiquiatra, que a su modo de ver le obligaba a acudir a consulta, donde le inyectaba un medicamento que le producía dependencia. Por su parte nos indicaba que él también había estado en tratamiento con dicho fármaco durante bastante tiempo, y que el mismo le había ocasionado muchos dolores.

La administración de cualquier tratamiento farmacológico siempre es voluntaria, como cualquier otra actuación sanitaria (salvo situaciones excepcionales), por lo que el hermano del interesado tenía libertad para optar o no por seguir el que le había sido recomendado.

No podíamos olvidar no obstante que ante el padecimiento de enfermedades mentales, en muchas ocasiones resultaba de vital importancia la adhesión al tratamiento, por lo que también en muchos casos, el abandono del mismo provocaba un deterioro muy significativo del estado de salud de los pacientes.

En la **queja 13/2968** el interesado nos trasladaba sus apreciaciones en relación con el escrito informativo que desde el centro de transfusiones sanguíneas se trasladaba a los padres de los alumnos de los distintos centros educativos, a fin de concienciarles de la importancia de la donación.

Desde esta Institución se estimó conveniente remitir su comunicado a la Dirección de dicho centro, con el objeto de que se hicieran eco de las críticas vertidas en el mismo, y en su caso, se replanteasen el contenido del material divulgativo que realizaran en el futuro, con destino a los centros escolares.

11. TRANCURSO DE MÁS DE UN AÑO.

Respecto a la **materia de Salud**, la interesada de la **queja 13/2847** se limitaba a trasladarnos la reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio Andaluz de Salud, por secuelas generadas por la demora en el diagnóstico de trombosis venosa profunda, tras intervención de bypass gástrico por causa de obesidad mórbida.

Se informó a la compareciente que esta Institución carece de medios para evaluar la corrección de la praxis médica, por medio de su ajuste a la *lex artis* que resultaba aplicable al caso concreto. De ahí que cuando se someten a nuestra consideración supuestos en lo que la práctica asistencial se pone en entredicho, nos limitemos a analizar la posible concurrencia de déficits procedimentales o funcionales, que legitimen la emisión de Recomendaciones o Sugerencias por nuestra parte, que permitan subsanarlos; así como indicar a los afectados los medios de los que pueden valerse para ejercer su reclamación.

En el supuesto que se nos planteaba, no obstante, parecía que ya se había formulado la reclamación de responsabilidad patrimonial (el escrito no tenía sello de registro de entrada en ninguna dependencia administrativa), y en otro caso esta Institución no podía presentarla por la interesada.

Por otro lado dado el tiempo transcurrido desde los hechos tampoco cabía la admisión de la queja con la pretensión subsidiaria a la que más arriba hacíamos referencia.

El interesado en la **queja 13/3337** nos relataba la asistencia sanitaria proporcionada a su hija desde el hospital Virgen del Rocío, y mostraba su sorpresa por la liquidación de gastos girada desde dicho centro con posterioridad, pues creía ser beneficiario del sistema, y señalaba que nadie le informó de lo contrario.

Esta queja no pudo ser admitida a trámite dado el tiempo transcurrido desde los hechos que motivaban su formulación, puesto que la asistencia databa del año 2010, de manera que la liquidación se produjo en el 2011, habiéndose llevado a cabo incluso el cobro del importe de la liquidación emitida, ciñéndose la investigación de esta Institución a los acaecidos en el plazo de un año desde que se tuvo conocimiento de los mismos (art. 16 de la Ley 9/83, de 1 de Diciembre).

12. DESISTIMIENTO.

En las siguientes quejas afectantes **al Área de Salud**, quienes nos planteaban los problemas que les afectaban, en escrito posterior se dirigían a nosotros manifestando su desistimiento, por lo que en cumplimiento de la voluntad que nos habían dirigido, y atendiendo a lo que nos comunicaban, considerábamos que el asunto se había solucionado, por lo que procedimos a dar por concluido sus expedientes. No obstante, le indicábamos que si volvían a necesitar nuestra intervención podían ponerse en contacto con nosotros de nuevo.

Así podemos citar la **queja 13/3090** en la que el interesado se refería a un conflicto con una profesional de enfermería que atendía a su padre. O la **queja 13/4164**, sobre la espera a la que se veía sometida la abuela de la interesada para intervención en un hospital granadino y la **queja 13/2026**, en la que la interesada llevaba dos años esperando para un tratamiento de FIV con ovodonación, que era el tiempo que le dijeron que sería necesario, pero ya había pasado y no tenía noticias. Cuando llamaba al Hospital parecía que molestaba, y nunca le daban información clara del lugar que ocupaba en la lista de espera. También la **queja 13/2738**, en la que el interesado acudía a la Institución porque se lo habían recomendado en el Hospital para tratar de acelerar la intervención de su padre, que presentaba un tumor en el riñón que estaba amenazando a los órganos colindantes. Puestos en contacto con el interesado nos dijo que por diversos conocidos había conseguido acelerar el proceso, que estaban a punto de hacerle las pruebas de la anestesia, y que esperaba ser intervenido próximamente.

La **queja 13/3262**, en la que la reclamante nos comentaba la enfermedad que le afectaba (Parkinson), de la que al parecer le venían tratando en el Hospital Virgen de Valme, y lamentaba que se demorase sin fecha la práctica de una intervención que le resultaría muy favorable. Y la **queja 13/5460**, en la nuestro compareciente mostraba su insatisfacción por la interrupción del tratamiento de inyectables que venía recibiendo su madre, para el padecimiento de osteoporosis que le afectaba. Por lo visto dicho tratamiento tenía una duración preestablecida de seis meses, de los cuales solo le habían puesto dos, según nos refería porque el médico de atención primaria se negaba a recetárselo a causa de su elevado coste. Con posterioridad, nos informó de que la medicación que reclamaba para su madre ya había sido prescrita, incorporándose a su tarjeta sanitaria con el objeto de que pudiera retirarla de la farmacia, por lo que concluimos nuestras actuaciones en su expediente.

TEMAS TRATADOS EN OTRAS ÁREAS TEMÁTICAS

SECCIÓN PRIMERA: I.- EL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ ANTE LA CRISIS ECONÓMICA

1.2. Análisis de la situación en base a las quejas recibidas

1.2.d. Salud.

Los estudios sobre el impacto de la crisis económica en el Sistema Nacional de Salud se suceden desde muy diversas perspectivas. Se dedican al análisis de la experiencia de cambio que está afectando al mismo con un carácter general, así como también a la investigación de las repercusiones que se están produciendo en los subsistemas sanitarios autonómicos, fundamentalmente en los casos de Comunidades Autónomas que vienen protagonizando las mayores iniciativas de recorte.

Nos situamos de nuevo en el debate sobre la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público, que ha existido desde siempre, teniendo en cuenta los elevados niveles de déficit que aquel acarrea anualmente, pero este debate se contempla de una manera mucho más agudizada, o incluso recrudescida por las circunstancias económicas actuales, en medio de las cuales se justifican las actuaciones en aras de la subsistencia de aquel, a lo que se añade también la mejora de su seguridad y calidad.

En estos términos al menos se expresa la denominación del Real Decreto 16/2012, de 20 de Abril, que es el principal instrumento normativo para operar la reforma del sistema, y al cual ya tuvimos ocasión de referirnos el año pasado en estas mismas páginas.

Por entonces vinimos a incidir en lo que hace a los cambios operados en la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria, llamando la atención sobre la recuperación de los conceptos de asegurado y beneficiario, así como el tratamiento de las personas extranjeras que carecen de autorización para residir legalmente en España.

En segundo lugar, y por la importante controversia y dudas suscitadas, nos ocupamos de las novedades introducidas en relación con la aportación de los usuarios al pago de la prestación farmacéutica, cuestión que todavía sigue dando mucho que hablar, como más adelante señalaremos.

En definitiva nos encontramos con medidas que afectan a la accesibilidad, con otras que inciden sobre la cartera de servicios, y por último, consideramos la efectiva disminución del volumen de recursos asignado, por lo que de la misma se infiere para el funcionamiento del sistema.

En el primer grupo seguimos contando con quejas en las que se muestra la disconformidad con la facturación de gastos por asistencia sanitaria, facturación que en algunos casos alcanza la vía ejecutiva, y por su importe, a veces pone en serio peligro la solvencia económica de los afectados.

En el año 2013 hemos tenido ocasión de realizar dos resoluciones sobre este asunto, la primera en la **queja 12/3838** por liquidación de gastos a una usuaria que había devenido desempleada, y la segunda en la **queja 13/882**, por hacer lo propio con otro

usuario inmigrante, que precisó atención sanitaria por razón de urgencia para enfermedades de naturaleza grave.

Dentro del segundo apartado necesariamente tenemos que traer a colación la modificación que en la normativa citada se anunciaba para la cartera de servicios, aunque sea al menos para reflejar que los cambios que implica la regulación aludida aún no se han materializado, excepto por lo que hace a la prestación farmacéutica.

Y es que a salvo de la cartera común básica de servicios asistenciales, en tanto que conjunto de actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, incluido el transporte sanitario urgente; el resto de las modalidades de prestaciones previstas están sujetas a aportación, o incluso reembolso por parte del usuario.

Esta previsión hace augurar un cambio en el régimen de financiación de prestaciones tales como la ortoprotésica, la de productos dietéticos, o la de transporte sanitario programado, existiendo en los dos últimos casos un proyecto normativo con rango de orden, que aún no ha visto la luz.

En cuanto a la prestación farmacéutica, prosigue la recepción de quejas en las que se reivindica la clasificación en un grupo distinto de copago, y fundamentalmente la inclusión en alguno de los supuestos de exención.

Lo que se pone de manifiesto por los interesados es que existen ciudadanos que no tienen medios para acceder a los tratamientos, que carecen de recursos para adquirirlos, y que por esta causa no pueden seguir los tratamientos que tienen prescritos, los cuales, en algunos casos, son imprescindibles para la atención de las enfermedades que padecen. Como consecuencia de ello, se detecta que los supuestos de exención contemplados en la norma no amparan estas situaciones, ni siquiera el que exime a los desempleados que han perdido el derecho a percibir el subsidio, supuesto del que exclusivamente se benefician unas 600.000 personas en todo el territorio del Estado. Esto nos lleva a plantearnos la necesidad de promover el establecimiento de alguna medida de exención de aportación farmacéutica en beneficio de las personas que carecen de ingresos, o que perciben recursos muy escasos.

La situación se ve agravada por la aprobación de una nueva modalidad de copago por Resolución de 10 de septiembre de 2013 (BOE del 19 de septiembre), que modifica las condiciones de financiación de determinados medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, los cuales no se califican de uso hospitalario, pero sin embargo están sometidos a reservas singulares, que implican que se proporcionen desde los servicios de farmacia de los hospitales a pacientes no hospitalizados.

La aludida modificación conlleva que los pacientes a los que se les prescriba, deban realizar una aportación para sufragar su coste, que se cifra en el 10% de su precio, con un límite de 4,20 euros (revisable).

En nuestra Comunidad Autónoma, al igual que en otros territorios, aunque por razones diversas (oposición a la medida, dificultades técnicas, ...) esta disposición no se viene aplicando. En esta tesitura la Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales ha dado a conocer la intención de la Administración Autonómica Andaluza de formular recurso

de alzada frente a la citada resolución, por lo que presumimos que el asunto puede acabar sometido al arbitrio de los tribunales de justicia.

En tercer lugar las consecuencias atribuibles a la limitación presupuestaria son de índole muy variada y resultan difícilmente sistematizables.

En esta Institución se vienen planteando quejas por insuficiencia de medios personales (pediatras, médicos de urgencia, falta de sustitución de vacaciones, ...), y a todas luces se vislumbra que la crisis no solo se está traduciendo en reducción del empleo en el ámbito del sistema sanitario público, sino también en empeoramiento de las condiciones laborales de los profesionales.

En estrecha conexión con lo anteriormente expuesto se reproducen las tradicionales quejas por demora en la atención, tanto por lo que hace a intervenciones quirúrgicas como a consultas de revisión o recogida de resultados.

Se aplican con rigidez criterios para la dispensación de diversos productos sanitarios (tiras de control de glucemia para pacientes diabéticos, absorbentes de incontinencia urinaria, ...) o para la derivación de pacientes a centros y unidades de referencia, fuera del ámbito de nuestra Comunidad Autónoma.

Capítulo aparte merece el acceso a tratamientos innovadores, sobre todo farmacológicos, donde operan los criterios de contención que articulan las comisiones de farmacia de los centros hospitalarios, obviando incluso las posibilidades que la normativa vigente concede para la utilización de los mismos al margen de las indicaciones terapéuticas autorizadas, o con carácter previo a dicha autorización.

Los procedimientos adoptados para la adquisición de los medicamentos (compras centralizadas, subasta de equivalentes terapéuticos, ...) también conllevan en algunos casos eliminación de las alternativas más costosas, y por esta vía de la posibilidad de acceso a las innovaciones por parte de aquellos pacientes a quienes sus facultativos se las han recomendado, sin que exista certeza sobre su perfecta intercambiabilidad.

Continuamos advirtiendo que las inversiones, al menos por lo que se refiere a infraestructuras sanitarias, se encuentran totalmente paralizadas, hasta el punto que nos encontramos con hospitales o centros de salud que están prácticamente construidos, pero que no llegan a ponerse en marcha, a lo que se une el incumplimiento de los compromisos temporales previstos en la edificación de otros.

En este sentido, han contactado con la Institución los representantes de diversas plataformas ciudadanas que se han constituido para alcanzar el objetivo de dotar de un equipamiento sanitario a una determinada área geográfica o localidad para que atienda las necesidades asistenciales de la población de las mismas. Por poner un ejemplo reciente hemos recibido la queja de la plataforma que exige la apertura del consultorio de Torre de Benagalbón, construido por el Ayuntamiento tras acuerdo con la Administración Sanitaria, que al parecer ahora se desdeña por considerar que las necesidades de la zona quedan cubiertas con los centros de salud de las localidades colindantes (Rincón de la Victoria y La Cala del Moral).

En el ámbito de la salud mental, hemos de partir de la consideración de que las condiciones socioeconómicas desfavorables se asocian a efectos negativos sobre la salud

de las personas. Las crisis económicas se han asociado a un aumento de los problemas de salud, sobre todo de la salud mental, así como a un incremento de la mortalidad por suicidios.

Los expertos de la OMS refieren que el incremento de la pobreza y los recortes en el gasto público, experimentados en Europa desde el inicio de la crisis, en el año 2007, han conducido a un notable detrimento de la salud mental de la ciudadanía europea. La evidencia científica ha puesto de manifiesto que las personas que sufren recortes en sus ingresos y conflictos familiares presentan, respecto a la población en general, un riesgo significativamente mayor de padecer algún tipo de problema de salud mental; la relación entre crisis económica y salud mental es bidireccional, de tal modo que no solamente la crisis tiene un efecto negativo en la salud, incluida la salud mental, sino que los problemas en este último ámbito también tiene una repercusión grave en el desarrollo económico de los países europeos.

Sin embargo, el efecto de las crisis económicas en la salud de la población va a depender mucho del contexto institucional, especialmente del estado de bienestar con sus mecanismos de protección a los ciudadanos.

Perder el trabajo y pasar a estar en paro tiene consecuencias sobre la salud de las personas, sobre todo en la esfera psicosocial. Al mismo tiempo, es importante recordar que hay estudios que ponen de manifiesto que las prestaciones económicas de desempleo evitan o reducen este efecto y que las consecuencias negativas sobre la salud se centran en las personas sin prestaciones. La precariedad laboral es un riesgo grave para la salud en general, y de forma más específica para la salud mental.

Para reducir o eliminar el impacto del paro sobre la salud mental no basta con conseguir cualquier tipo de trabajo. Algunos estudios observan que entre la población joven no hay diferencias en el estado de salud mental entre personas desempleadas y las que trabajan en ocupaciones que están por debajo de su cualificación o las que tienen un trabajo insatisfactorio.

Según los expertos, la incertidumbre laboral es consecuencia de procesos de reestructuración de empresas en los que se recortan las plantillas, tiene un impacto sobre la salud no sólo de las personas que pierden su trabajo, sino también de las que continúan trabajando. Entre éstas, se ha observado un incremento de trastornos ansioso-depresivos relacionados con la incertidumbre sobre el futuro laboral, un aumento de conflictos entre compañeros, un incremento del volumen de trabajo al reducirse habitualmente más la mano de obra que las exigencias del trabajo, así como un aumento del consumo de tabaco y de los problemas en el entorno familiar.

En definitiva, el impacto de la crisis económica actual afecta en la salud mental de la ciudadanía de manera directa a la tasa de suicidios y en la asistencia sanitaria que reciben.

Con relación a los desempleados, estos tienen un 34% de posibilidades de sufrir problemas psicológicos, depresión y ansiedad-, el doble que entre personas con trabajo, con una probabilidad del 16%. Las personas más vulnerables son las comprendidas entre los 15 a 29 años y los mayores de 64.

También estos problemas se ven proyectados en la población infantil, que es especialmente vulnerable a los efectos de las crisis económicas, ya que éstos se asocian a un aumento en las desigualdades sociales, y las desigualdades sociales en la primera infancia son predictoras de desigualdades en la salud en la vida adulta. Este efecto viene mediado por las inequidades en el desarrollo físico y psicológico, así como en el nivel de estudios alcanzados.

Aunque la crisis económica afecta tanto a los hombres como las mujeres, los efectos son mayores en ellas. Con anterioridad a la crisis, las mujeres ya partían de una situación de mayor dificultad de acceso a un empleo de calidad que los hombres, trabajaban con más frecuencia en los sectores donde las condiciones de empleo son más precarias (como el servicio doméstico), tenían salarios más bajos y una mayor carga de trabajo en el ámbito doméstico. Todas estas condiciones empeoran con la crisis económica y se asocian a un impacto negativo en la salud.

Desde esta perspectiva, consideramos que los efectos de la crisis han mermado las posibilidades que se se preveían con la aprobación del II Plan Andaluz de Salud Mental de Andalucía (PISMA), sobre todo en relación a los sectores más vulnerables que se marcaban como objetivos (personas sin hogar, personas presas y el colectivo con patología dual).

También la incidencia de la crisis ha venido a frenar la creación de los equipos de intervención asertivos comunitario, que hubieran mejorado la intervención con aquellos sectores menos receptivos a los tratamientos o el amplio grupo de personas sin hogar que presentan algún tipo de trastorno. Al mismo tiempo, la situación de personas presas con enfermedad mental ha empeorado más si cabe, ya que son pocos los centros penitenciarios que cuentan con psiquiatras o, como venía ocurriendo, al menos contaban con el desplazamiento de éstos desde el Servicio Andaluz de Salud.

Dentro de los trastornos psicopatológicos con mayor presencia, están las personas con Patología Dual. Son aquellas situaciones clínicas en las que concurren una conducta adictiva y otro trastorno mental, sin entrar en consideraciones sobre los aspectos de causalidad. Afectan a un núcleo importante de personas, consumidoras de drogas, con un trastorno psíquico y con enormes dificultades de diagnóstico y la evidencia de que el efecto de las diferentes sustancias no es el mismo en personas sanas que en sujetos que sufren trastornos psiquiátricos, la falta de precisión a la hora de diferenciar el diagnóstico de abuso de sustancias del de dependencia o adicción y la existencia de redes clínicas separadas, la de salud mental y la de adicciones, para tratar un único enfermo, que presenta dos enfermedades y que ha dado lugar al llamado “síndrome de puerta equivocada”.

La gravedad y persistencia de esta patología ha llevado a los profesionales de la Salud Mental y de las Adicciones a establecer un protocolo de intervención conjunto, reeditado y revisado en el año 2012 y que pretende potenciar la coordinación intersectorial, facilitar el abordaje integral que garantice la continuidad asistencial y mejorar la accesibilidad de esta población a los servicios.

Finalmente, en el ámbito específico de las adicciones, la crisis económica está teniendo efecto sobre los dispositivos y, con ello, sobre las personas que deciden dejar de consumir e iniciar un tratamiento. Además, afecta también al consumo de las distintas sustancias y las formas de consumir, al generar un deseo más intenso de alcanzar los efectos de las sustancias sobre las personas, debido a su menor coste y a la búsqueda de

la evasión de situaciones no deseadas. Ello se realiza a través de una mezcla explosiva de diversas sustancias.

En relación al consumo, según los últimos estudios de agencias oficiales como el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanía (OEDT), las denominadas drogas clásicas, cannabis y cocaína, han disminuido; por el contrario, ha aumentado el consumo intensivo de todo tipo de sustancias. En cuanto al consumo de cocaína éste ha descendido desde el inicio de la crisis en el año 2008, aunque seguimos siendo el segundo país en número de consumidores detrás del Reino Unido. Al mismo tiempo se ha incrementado el consumo de sustancias de síntesis, como la ketamina, mezcla de pastillas y éxtasis cristalizado. Es lo que se denomina entre la población consumidora como "el puchero".

Se busca alcanzar un efecto más potente e inmediato, con un mayor riesgo sobre sus vidas debido a un menor control sobre los efectos. Además, el precio de las sustancias ha disminuido como consecuencia de la crisis, así como las posibilidades económicas de los consumidores, entre un 15 y un 30% y también muchos, ante la situación de paro, se han dedicado al trapecho y pretenden vivir de una forma ilegal con riesgos personales y familiares, y no solo como forma de mantener el propio consumo sino también como forma de subsistir ante la actual situación.

Otro efecto relacionado con la crisis y el consumo de drogas tiene que ver con la situación de desempleo, ya que los estudios relacionan éste con un mayor consumo de sustancias legales, debido al aumento de problemas personales que conlleva situaciones de ansiedad y depresión y, donde el consumo de drogas legales se convierte en una salida o forma de paliar el mal momento que viven. Esto ha llevado a un incremento de la demanda de tratamiento, casi en un 35% en el año 2013, como recoge un informe de la Asociación Proyecto Hombre, que incide en la existencia de un mayor consumo de las drogas legales: alcohol y tabaco.

Otra imagen que vemos asociada a la crisis, es un mayor consumo de alcohol en los y las jóvenes en las calles a través del botellón como un medio más económico de diversión, afectando de nuevo a plazas y lugares con concentraciones en grupos más reducidos para llamar menos la atención de los vecinos y evitar la intervención de las autoridades, así como el efecto sancionador de las normas existentes al respecto.

En el caso del tabaco, se ha producido un incremento de su consumo, como un componente para calmar la ansiedad de forma importante en ese sector de la población, que de forma más directa recibe el impacto de la crisis. Nos referimos a la población desempleada.

Al mismo tiempo que observamos cambios con relación a las sustancias y sus consumos, vemos cómo los presupuestos dirigidos al sostenimiento de los recursos de tratamiento han decrecido entre un 15 y un 20%, debido, entre otras razones, a la reducción de las aportaciones del Plan Nacional de Drogas a las Comunidades Autónomas y a las ONG, que ha llegado a ser de casi un 60%, al margen de los recortes realizados por la Administración Autonómica. Es como si los problemas de las drogas hubiesen desaparecido o estuviesen ocultos y, por el contrario, no ha sido así, ya que como hemos comentado éste se encuentra más presente que nunca y existen menos instrumentos rehabilitadores para combatirlos.

No obstante, sigue manteniendo el tratamiento de las adicciones un carácter integral y universal, aunque mermado en su cobertura como consecuencia de los recortes. De seguir así, es previsible un empeoramiento de la situación para el próximo año.

En relación a las quejas en las que se ha intervenido en el año 2013, el número de éstas ha sido de 20, en las que se abordan problemas de diversa naturaleza. En un primer grupo destacamos aquellas que hacen referencia a la reducción de plazas de concierto en centros de internamiento; la disminución del coste plaza/día y las dificultades de mantener los centros de tratamiento; el cierre de centros de día de las ONG o la reducción de las aportaciones de la Junta de Andalucía en los conciertos y convenios con entidades públicas y privadas, en torno a un 15% para el sostenimiento de la Red Pública, así como el retraso en el pago de las ayudas (**queja 12/6745** y **queja 12/6134**).

De forma individual siguen estando presentes las quejas relacionadas con personas con patología dual y sus dificultades para iniciar un tratamiento integral, aquellas otras relacionadas con el tiempo de espera para los programas de tratamiento o el acceso a los programas de reinserción.

1.3. Las actuaciones del Defensor del Pueblo Andaluz en relación a la crisis económica.

1.3.c. En relación con el derecho a la salud.

Consideramos oportuno destacar aquí lo actuado en la **queja 12/6702**, que se inició de oficio a finales del año pasado aunque toda la tramitación se ha desarrollado en 2013, con la intención de indagar sobre la repercusión real que los recortes frecuentemente denunciados, y achacables a la situación de crisis económica, estaban teniendo sobre los tiempos de espera de las principales actuaciones sanitarias, fundamentalmente las intervenciones quirúrgicas sometidas a garantía de plazo.

Desde la Dirección Gerencia y la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS se han emitido sendos informes en los que, reconociendo la dificultad que entraña la situación actual, niegan que se estén produciendo los perjuicios denunciados en algunos medios de comunicación, por el esfuerzo desarrollado desde todos los ámbitos para aumentar la eficiencia de las unidades y mejorar el funcionamiento de los servicios.

En cuanto a los datos suministrados sobre intervenciones quirúrgicas, lo cierto es que los mismos revelan una disminución constante del tiempo medio de espera para las mismas, que a mediados de 2012 se situaba en 54 días.

También se ofrece información sobre los tiempos que rigen las consultas externas y los procedimientos diagnósticos, que igualmente han descendido desde el momento que fija el inicio del período de cómputo, que coincide con el principio de la crisis (año 2007) hasta mediados del año pasado, cifrándose el primero en 40 días, y el segundo en 19.

Sobre los tiempos de espera quirúrgica, el Servicio Público de Salud reconoce que mientras hace un par de años no existían pacientes que hubieran superado el plazo de

garantía, a mediados del año pasado se contabilizaban 358, aunque por lo visto solo uno mantenía la garantía y no hizo uso de la misma.

Ciertamente estos son los datos numéricos que maneja la Administración Sanitaria y nada se puede objetar a los mismos. Sin embargo, nos gustaría hacer hincapié en algunos aspectos que pueden relativizar esta información e introducir ciertos interrogantes en el carácter absoluto con el que los números se nos presentan.

Por un lado, tenemos necesariamente que considerar que los mismos reflejan tiempos medios, lo que permite vislumbrar que junto a actuaciones sanitarias que se desarrollan con agilidad, conviven otras que rozan el límite temporal, y que incluso, como la misma Administración reconoce, lo sobrepasan.

Además es preciso traer a colación toda la actividad quirúrgica que no está sometida a garantía de plazo, la cual ciertamente no viene referida a los procedimientos más habituales, pero no por ello deja de tener relevancia y resulta necesaria para el paciente. En estos casos, dada la prioridad que se da a los procedimientos cubiertos con la garantía, y a la patología tumoral, los tiempos de espera pueden superar varios años.

No podemos perder de vista tampoco que la prescripción quirúrgica no deja de ser el último eslabón de un proceso, y aunque la garantía para las primeras consultas de especialidades y procedimientos diagnósticos representa sin lugar a duda un paso importante para agilizar aquel, la experiencia que tenemos de nuestra labor ordinaria es que dicho proceso puede llegar a eternizarse por la demora en consultas de recogida de resultados, señaladas frecuentemente a mucha distancia temporal de la realización de la prueba, o de las (mal llamadas) consultas de revisión, cuando la patología determina derivación sucesiva a unidades especializadas dentro del servicio o unidad de gestión clínica.

De ahí que la reducción del tiempo invertido en la primera atención de especialista o la práctica de las pruebas, apenas resulte significativa en el cómputo global del proceso de diagnóstico en su conjunto.

Por último también quisiéramos mencionar los casos en los que estando próximo el cumplimiento del plazo se suspende el mismo por reevaluación clínica no siempre justificada, y mucho menos comunicada al interesado.

De todas maneras, dado que desconocemos la medida en la que la Administración Sanitaria puede ofrecernos información cuantificada sobre estos datos, hemos restringido nuestra solicitud a los que sabemos que están perfectamente registrados, aunque la valoración de los mismos, con ser positiva, deja en el aire los interrogantes que hemos puesto de manifiesto.

Nos planteemos continuar con el análisis de los casos concretos que se someten a nuestra consideración, y emprender una actuación de oficio.

En relación a los efectos de la crisis económica sobre la salud mental de las personas, incoamos de oficio, a mediados del mes de diciembre de 2012 la **queja 12/7112**, a fin de conocer la relación de causalidad entre la crisis económica y los suicidios que hemos seguido tramitando a lo largo de todo el 2013.

Ello, por cuanto que es notorio que en los últimos años ha venido detectándose un incremento de la tasa de suicidios en nuestro país que, además, algunas fuentes ponen en relación de causalidad, directa o indirecta, con la situación de grave crisis económica que atravesamos, por la negativa influencia de la misma en la vida ordinaria de la ciudadanía (paro, desahucios, deudas, exclusión social).

No conocemos, sin embargo, que de los datos objetivos disponibles hayan podido extraerse conclusiones que aseveren que la crisis económica sea la causa única del aumento de los suicidios, sino, a lo sumo, un factor más de influencia en una situación personal compleja que la persona afectada determina resolver de esta forma autolítica. A pesar de lo cual, parece comprobado que en la última década el suicidio entre la población en edad laboral (de 15 a 65 años), aumenta en los años en que crece el desempleo.

Ciertamente, las informaciones públicas conocidas, exponen que la tasa de suicidios de nuestro país se sitúa tradicionalmente entre las más bajas de Europa, si bien no es menos cierto que nuestra tasa de desempleo es actualmente la más alta de la Unión Europea. Dato este último que, en su caso, podría tener influencia sobre el hipotético aumento del número de muertes por la causa que examinamos.

Partiendo de estas premisas básicas, esta Defensoría acordó iniciar la tramitación de queja de oficio, ante la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía y el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, con la finalidad de que recabara datos objetivos dirigidos a un estudio más detallado de esta problemática, por lo que a la población andaluza se refiere, a los efectos que, en su caso, pudieren corresponder, conforme resulte de la información obtenida, la cual se encuentra en la actualidad en fase de estudio y valoración de la información que nos ha sido suministrada.

En materia de adicciones, podemos destacar el grupo de aquellas quejas que hacen referencia a la reducción de plazas de concierto en centros de internamiento; la disminución del coste plaza/día y las dificultades de mantener los centros de tratamiento; el cierre de centros de día de las ONG o la reducción de las aportaciones de la Junta de Andalucía en los conciertos y convenios con entidades públicas y privadas, en torno a un 15% para el sostenimiento de la Red Pública, así como el retraso en el pago de las ayudas (**queja 12/6745** y **queja 12/6134**), cuyo relato pormenorizado se encuentra en el Capítulo IX, Salud, de esta Memoria Anual.

Por otro lado, por Resolución de 10 de septiembre de 2013 (BOE del 19 de septiembre), se han venido a modificar las condiciones de financiación de determinados medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, dando así cumplimiento a las prescripciones contenidas en la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Dichos medicamentos, que no se califican de uso hospitalario, sin embargo están sometidos a reservas singulares, que implican que se proporcionen desde los servicios de farmacia de los hospitales a pacientes no hospitalizados.

La aludida modificación ha conllevado que los pacientes a los que se les prescriba, deban realizar una aportación para sufragar su coste, que se cifra en el 10% de su precio, con un límite de 4,20 euros (revisable).

De esta manera se anuncia la intención de equiparar su régimen de financiación al de los medicamentos dispensados en oficina de farmacia, y se arguyen motivaciones de equidad, a la vista del reconocimiento expreso que se realiza de la gravedad y cronicidad de los padecimientos a los que se aplican, para calificarlos como de aportación reducida.

Sobre esta cuestión se emitió un comunicado en la página web de esta Institución con finalidad informativa, llamando la atención sobre la confusión y desconcierto que la misma estaba originando entre los ciudadanos, a la vista de los múltiples anuncios realizados desde diversas instancias administrativas, en cuanto a las dificultades que entraña su aplicación, y la voluntad misma de darle cumplimiento, y uniéndonos al rechazo generalizado que ha suscitado. Al mismo tiempo dimos a conocer igualmente la iniciativa de la Administración Autonómica Andaluza de formular recurso de alzada frente a aquella.

También consideramos de interés reseñar el comunicado publicado en nuestra página web sobre las actuaciones realizadas en colaboración con la Defensora del Pueblo del Estado en relación con la aportación farmacéutica de las personas discapacitadas

El año pasado ya reflejamos el conflicto interpretativo que se producía en cuanto a la exención de copago farmacéutico prevista para los discapacitados conforme a su normativa específica, y aprovechamos la oportunidad que nos ofrecía una queja suscitada sobre este asunto para plantearlo a la Defensora del Pueblo del Estado.

En la Institución estatal se comparte nuestra opinión sobre la obsolescencia del supuesto que legitima la exención, ya que se circunscribe a las personas discapacitadas que acceden a la asistencia sanitaria por la vía prevista en la Ley de Integración Social del Minusválido, y por este motivo se acordó dar traslado de la situación descrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Con posterioridad, se pusieron en contacto con nosotros para indicarnos que la respuesta del Ministerio confirma el beneficio exclusivamente para los discapacitados con derecho a la asistencia sanitaria vía LISMI, por lo que las personas discapacitadas que no reúnen las condiciones previstas en esta normativa específica, se ven obligadas a abonar la prestación farmacéutica conforme a las normas generales, y por tanto, atendiendo a su nivel de renta.

No obstante, considerándose por dicha Institución que las personas con discapacidad conforman un grupo vulnerable que requiere acciones que promuevan la igualdad de oportunidades, en cuyo marco adquiere especial importancia la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, cultural y social; y trayendo a colación el artículo 49 de la Constitución, y el artículo 25 a) de la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad, han decidido dirigir al Ministerio competente una Recomendación para que promueva la reforma legal adecuada que permita a las personas con discapacidad en grado igual o superior al 33%, y con independencia del momento en el que la adquirieron, la exención de aportación en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

Por lo visto a pesar de que en el comisionado estatal han recibido la oportuna respuesta, se encontraban valorando la misma, y hasta el momento no nos han dado cuenta de la decisión definitiva en este tema.

Como cuestión añadida, durante la tramitación de este expediente, así como en la consulta realizada a la Defensora del Pueblo del Estado sobre otro asunto relacionado que escapa de la competencia de esta Institución (resolución de reclamaciones sobre grupo de aportación e inclusión en supuestos de exención a efectos de copago), hemos podido saber que en dicha Institución también han reflexionado en cuanto a la falta de cobertura de los ciudadanos con bajos recursos económicos, del citado beneficio de exención en la aportación farmacéutica, respecto a lo cual al parecer también han formulado Recomendaciones al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que por lo visto ya han sido contestadas, por lo que nos proponemos solicitar a dicha Institución que nos ponga al corriente de la valoración que definitivamente se realice, todo ello teniendo en cuenta que este tema queda fuera también de nuestras posibilidades de intervención.

No obstante en el comunicado aludido hemos abogado por el establecimiento de un supuesto de exención de aportación farmacéutica que englobe a las personas sin ingresos económicos, o con un nivel muy bajo de recursos.

I. EMPLEO PÚBLICO, TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

2.3. Personal Sanitario

2.3.1. Acceso, provisión, carrera.

Como en años precedentes, las quejas relacionadas con la dinámica de la Bolsa Única del SAS prevalecen en este apartado.

En relación al asunto del epígrafe, recibimos diversas quejas relativas a las Bolsas temporales de las diversas categorías del Servicio Andaluz de Salud, así y a modo de síntesis exponemos lo actuado en la **queja 13/291** y **queja 13/2797**, respecto de la valoración de méritos en la Bolsa de Técnicos Especialistas en Radioterapia.

Explicaban los promotores de las quejas, que en virtud de Resolución de 23 de diciembre de 2011, se publicó el listado único de aspirantes admitidos a la Bolsa de Empleo Temporal, de categorías convocadas de personal estatutario sanitario y de gestión y servicios, correspondiente al periodo de valoración de méritos de 31 de octubre de 2011 y se anunció el plazo para presentar la documentación.

Manifestaban los interesados, que en tiempo y forma presentaron los documentos acreditativos de los requisitos y méritos inscritos, autobareados y registrados telemáticamente en la página Web de la Bolsa Única.

Continuaban exponiendo los interesados, que figuraban en el listado provisional de aspirantes admitidos, correspondientes al período de valoración de méritos de 31 de octubre de 2011, si bien dicha puntuación no incluyó la baremación de todos los documentos acreditativos de los requisitos y méritos inscritos. Y añadían, que su puntuación real era superior. Contra dicho listado formularon las correspondientes alegaciones.

No obstante, añadían que por Resolución de la Dirección General, publicada en la página web del Servicio Andaluz de Salud, se hacía público el listado de personas candidatas si bien, en el citado listado, no se habían realizado las oportunas correcciones conforme a sus alegaciones a fin de subsanar la situación del listado único de aspirantes, por lo que, continuaban apareciendo con la puntuación inicialmente reconocida; con los consiguientes perjuicios de cara a su posible contratación.

Solicitamos los correspondientes informes a la Administración Sanitaria (Dirección General de Profesionales) nos informaba que habían desestimado las alegaciones y los Recursos potestativos de Reposición, en los que los recurrentes manifestaban su disconformidad con las baremaciones efectuadas por la Comisión de Valoración de la categoría y solicitaban la valoración de los méritos que incluía en el anexo que acompañó al recurso. Tal desestimación, notificada en forma a los interesados y se fundamentaba en defectos al momento de autocompulsar y acreditar los cursos alegados.

Respecto de cursos relativos a operador de instalaciones radioeléctricas, el mismo había sido rechazado por la Comisión de Valoración correspondiente por cuanto que el Consejo de Seguridad Nuclear es un ente de Derecho Público, independiente de la Administración General del Estado, con personalidad jurídica y patrimonio propio e

independiente de los del Estado. Por tanto, no se encuadra dentro de los Organismos citados en las bases de la convocatoria por lo que su formación no ha de ser computada al no ser centro universitario, ni pertenece a Servicios de Salud, Ministerio de Sanidad, Trabajo o Administración Pública, ni al INAP, INEM, Consejerías de Empleo o Corporaciones Locales.

Finalmente, las otras actividades formativas y de experiencia no computadas iban dirigidas a otra categoría, concretamente, a la de Técnico Especialista en Radiodiagnóstico.

Corresponde a la Comisión de Valoración determinar si los cursos están o no relacionados con las funciones propias de la categoría convocada en virtud de la discrecionalidad técnica que le asiste. En consecuencia, sólo podemos acatar su decisión tal y como repetidamente mantiene la Jurisprudencia en casos idénticos al que nos ocupa.

En sus múltiples y reiterados escritos de alegaciones en nuestra queja, los interesados insistían en discrepar de las Resoluciones de la Comisión de Valoración y de la Dirección General de Profesionales manifestando que ya en la Bolsa Temporal de 2010 fue excluido de la misma por defectos en la acreditación de méritos.

Al respecto de los antecedentes expuestos y como cuestiones fundamentales de hecho y de derecho principalmente, debimos de formular las siguientes consideraciones:

Primera: régimen Jurídico de la Bolsa Única del Servicio Andaluz de Salud, para selección nombramiento y contratación de personal temporal.

Conforme se estableció en el Art. 33.1, de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, "La selección del personal estatutario temporal se efectuará a través de procedimientos que permitan la máxima agilidad en la selección, procedimientos que se basarán en los principios de igualdad, mérito, capacidad, competencia y publicidad y que serán establecidos previa negociación en las mesas correspondientes".

En cumplimiento de tal mandato del Legislador estatal y, en el marco de los acuerdos sectoriales hasta entonces vigentes, mediante Resolución de 21 de junio de 2010, de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud, se dispuso la aprobación y publicación del texto refundido y actualizaciones del Pacto de Mesa Sectorial de Sanidad, suscrito entre la Administración Sanitaria de Andalucía-SAS y las Organizaciones Sindicales que se citan, el 18 de mayo de 2010, sobre sistema de selección de personal estatutario temporal para puestos básicos en el Servicio Andaluz de Salud, pacto actualmente vigente (hasta el 15 de julio de 2014).

Incluyéndose en la página web del SAS enlaces y comunicados aclaratorios de la forma en que se ha de aportar la documentación.

Para la selección y constitución de las bases de datos de personas por categorías profesionales y áreas específicas de formación y conocimiento, se incluyó entre otras la categoría profesional de Técnico Especialista en Radioterapia, aquella que alega la persona promovente de nuestra queja.

En concreto y para la categoría profesional indicada y que nos ocupa, la lista de candidatos admitidos en la Bolsa se produjo mediante Resolución de la Dirección General de 21 de septiembre de 2012, publicada en la página web del Servicio Andaluz de Salud, correspondientes al período de valoración de méritos de 31 de octubre de 2011.

Respecto al plazo de Resolución en el apartado 9 “Baremación de aspirantes y listado de personas candidatas”, el repetido Pacto establece que el listado de personas candidatas se publicará en un plazo máximo de cuatro meses desde la publicación del listado único de aspirantes.

Siendo así que en las presentes actuaciones, dicho plazo es el único aspecto del régimen jurídico de la Bolsa de contratación temporal de personal estatutario que consideramos infringido, dado que como afirma el interesado, el listado de aspirantes se había hecho público en la página web del Servicio Andaluz de Salud el 28 de mayo de 2013 y, a fecha 22 de octubre de 2013, no se había hecho público el listado de candidatos seleccionados, pese a que la Dirección General ya tenía el mismo en fecha 3 de septiembre de 2013.

Consideramos por el contrario, que no resulta de aplicación al caso el art. 79 (subsanción) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común por cuanto que el referido precepto lo que señala es que durante todo el procedimiento administrativo, los interesados pueden formular alegaciones y aportar documentación.

Ahora bien, en nuestra opinión hay que tener en cuenta la naturaleza de concurrencia competitiva del procedimiento, lo que determina que cualquier interesado no pueda acogerse al precepto, para presentar los documentos acreditativos -en cualquier momento del concurso-.

En este sentido, el Tribunal Supremo ha vedado expresamente esta posibilidad, indicando que «dicha norma (art. 79) no resulta aplicable a los procedimientos en concurrencia, como es el caso de los procesos selectivos, en los que confluyen intereses de terceros junto con los de los solicitantes; razón por la que los interesados están obligados a presentar la solicitud y acreditar la pretensión de que se trate dentro del período inicial establecido para ello, dado que, en otro caso, se introducirían elementos de inseguridad en el desarrollo de tales procedimientos que perturbarían gravemente el principio de igualdad que debe regir en su seno con especial significación» (TS, Sala Tercera, de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7.ª, de 9 de julio de 2012).

Segunda.- La discrecionalidad de las Comisiones Técnicas de Valoración .

La noción de discrecionalidad técnica es la que se extrae de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional acerca de la actuación de los tribunales calificadoros de oposiciones y concursos, concepto que obedece a la atribución por la ley de facultades decisorias a determinados sujetos, dotados de una especial idoneidad técnica que escapa del control jurídico de los tribunales. En cualquier caso, el TS ha establecido que la discrecionalidad técnica no implica arbitrariedad.

Lo anterior en aras del derecho a una tutela judicial efectiva, reconocido ex Art. 24.1 de la Constitución el derecho a la tutela judicial efectiva recogido en el artículo 24.1 de

la CE y, del principio de sometimiento pleno de las Administraciones a la Ley y al Derecho, conforme a lo establecido en el Art. 103.2 Constitución.

Según el Tribunal Constitucional ese control judicial, del que no pueden excluirse las Resoluciones administrativas de los órganos que resuelven procedimientos selectivos o concursos de acceso al empleo público, tiene, por su propia naturaleza, ciertos límites o modulaciones [SSTC 39/1983 (fundamento jurídico 4.º); 97/1993 (fundamento jurídico 2.º)].

Resulta sabido que las comisiones de valoración gozan de la denominada discrecionalidad técnica que deriva de su condición de órganos técnicos dotados de conocimientos especializados, de la imparcialidad de la que están revestidos y de su intervención directa en las pruebas realizadas; además, dicha discrecionalidad conlleva respetar las valoraciones de esa índole que hayan sido realizadas por los órganos cualificados por la posesión del correspondiente saber especializado.

En nuestra opinión, la Comisión de valoración concernida en el procedimiento llevado a cabo al efecto actuó con sujeción a los elementos reglados establecidos en la Resolución de 21 de junio de 2010, Apartado IV, título "*Selección Mediante Bolsa de Empleo de Personal Estatutario Temporal*", punto 5 y 9 del Baremo; elementos reglados que vinculan tanto el Órgano Administrativo como a los candidatos.

Desestimando la citada Comisión de valoración de méritos de formación alegados por el interesado por no estar relacionadas con las funciones de la categoría o del área de trabajo; por haber sido cursos impartidos en organismos o entidades no incardinadas en el ámbito de lo establecido en la citada Resolución; o, por tratarse de méritos incorrectamente autenticados, no autocompulsados conforme a la misma.

Analizados los elementos de discrecionalidad en la actuación de la Comisión de valoración, que alcanzan a la decisión relativa a la determinación de la no existencia de vinculación entre los méritos alegados y, a las funciones de la categoría o del área de trabajo como también en la determinación de la naturaleza del ente público que impartió determinado curso, y en la determinación respecto si ciertos cursos de formación alegados estaban vinculados o no a las funciones propias de la categoría la que se aspiraba, constatamos que dicha valoración se desenvuelve en parámetros de acierto y racionalidad.

Por cuanto antecede, formulamos a la Dirección General de Profesionales del SAS la siguiente Resolución:

Recordatorio del deber legal de cumplir la previsión establecida en el Art. 9 de la Resolución de 21 de junio de 2010, sobre sistema de selección de personal estatutario temporal para puestos básicos en el Servicio Andaluz de Salud; en tanto en cuanto en el mismo se establece:

"El listado de personas candidatas se publicará en un plazo máximo de cuatro meses desde la publicación del listado único de aspirantes".

Recomendación en el sentido de que por la Administración Sanitaria se lleve a cabo la adopción de las pertinentes medidas de refuerzo de medios técnicos y profesionales puestos a disposición de las Comisiones referidas con objeto de que se cumplan los plazos establecidos en las bases de la convocatoria, que –como interpreta la jurisprudencia y

doctrina- vinculan a la Administración y a las Comisiones que han de valorar los concursos y a quienes participen en las mismas.

Otro supuesto lo tenemos en la **queja 13/6126**, en la que la interesada afirmaba que había presentado, desde el año 2010, en la Bolsa única del SAS correspondiente a la categoría de Celador-Conductor, entre otros méritos, un título de Técnico Superior de Formación Profesional en Secretariado, título que en todas las baremaciones realizadas hasta el momento (y en la última correspondiente al 28 de octubre de 2013), le era calificada como mérito no alegado “No presentado” (Código N4), motivo por el cual venía presentando reclamaciones para su baremación (aportando copia compulsada del referido título y certificación acreditativa en dicho sentido), sin obtener respuesta favorable a su pretensión.

Admitida a trámite la queja y recabada la información administrativa, por el Director Gerente del Área de gestión Sanitaria de Osuna, sede de la Comisión de Valoración de la referida categoría se informa:

“1º. En su expediente de baremación no consta que dicha titulación se presentara en el periodo de aportación de méritos, de ahí que el motivo sea “no presentado”.

2º. No obstante y, en caso de que lo hubiera presentado en el plazo reglamentario, lo que pretende es que ese título le sea baremado en el apartado “Otras Titulaciones”, donde se asignan un total de 4 puntos por haber obtenido otra “Titulación Académica diferente a aquella a la que se opta, siempre que esté relacionada con las funciones del puesto y categoría a la que se opta”, ya que como requisito básico para ser admitida en esta categoría aportó el Título de Bachiller; pues bien, en base a concepto que en el propio baremo se recoge, tal y como se ha indicado, la Comisión dentro de su criterio de discrecionalidad técnica acordó que esta titulación no estaba relacionada directamente con el puesto de Celador-Conductor, circunstancia esta que queda acreditada en las Actas de dicha Comisión.(...)”

Al respecto, efectuábamos las siguientes consideraciones:

Primera.- Con independencia de cualquier otra consideración, constatamos en los hechos narrados y en la documental aportada por la interesada (y en absoluto desvirtuados por la información administrativa), que la misma ha aportado fotocopia compulsada del citado título, así como el no haber obtenido respuesta alguna a cuantas reclamaciones ha presentado en relación a su pretensión sobre la baremación de la misma, obteniendo tan solo información de la presunta desestimación por vía de intermediación de esta Institución en el presente expediente de queja, práctica que no se compadece con el derecho de la interesada a una buena administración, traducido en lo que aquí interesa a obtener una respuesta motivada en un plazo razonable (art. 31 del Estatuto de Autonomía y art. 5 de la Ley 9/1983, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía).

Segunda.- Por otro lado, la Orden de 26 de noviembre 1975 (BOE 2/12/75) ampliada por lo dispuesto en la Orden de 18/9/76, apartado primero señala que “a los únicos efectos de acceso a empleos públicos o privados, se consideran equivalentes los

títulos académicos de Bachiller elemental, Graduado Escolar y Formación Profesional de Primer Grado”.

La misma Orden en su apartado segundo, añade: “A los únicos efectos de acceder a empleos públicos o privados, se consideran equivalentes los títulos académicos de Bachiller Superior y Formación Profesional de Segundo Grado”

Asimismo el Real Decreto 1538/2006 de 15 de diciembre, Anexo III, hace equivalentes los títulos de FIP y el Ciclo Formativo de Grado Superior y, el ciclo formación de Grado Superior Secretariado es de la familia de Administración.

Tercera.- En modo alguno cabe traer a colación la hipótesis de que de haberse considerado por la Administración como “presentado” el citado título éste no hubiera sido susceptible de ser baremado al no estar relacionada la misma con las funciones del puesto o categoría a la que se opta, toda vez que en relación a la categoría de Celador-Conductor se vienen aceptando otras titulaciones homólogas integradas en la familia de la Administración, como es la correspondiente a FP Aux. Admvo. En concreto, no se alcanza a comprender que la titulación correspondiente a la FP de Aux. Admvo. se considere relacionada con la categoría de celador- conductor y la relativa a FP de Secretariado no relacionada, compartiendo ambas su integración en la familia Administración.

En este sentido, la propia práctica de las Comisiones de Valoración, por vía de instrucciones o normas internas de actuación, vienen admitiendo como titulaciones relacionadas para la citada categoría las siguientes: FP de Automoción Mecánica Automóvil, Electricidad; Aux. Enfermería; FP Aux. Admvo.; FP Admón.(Informática de Gestión); FP Electromecánica; Tec. Lab. y TER Rayos.

Del mismo modo no comparte esta Defensoría que la consideración del mérito aquí referido entre dentro de la facultad discrecional de las Comisiones de valoración, toda vez que desde la obligada perspectiva jurídica se trata de un mérito reglado y homologable a otra titulación de Formación Profesional que se considera relacionada con la categoría de Celador- Conductor.

Por lo anterior, y en base a la facultad establecida en el art. 29.1 de la Ley 9/1983, de 1 de diciembre, reguladora de esta Institución, venimos a formular a la Dirección-Gerencia del Área de Gestión Sanitaria de Osuna la siguiente **Recomendación**: “*Que previo el trámite que proceda se curse a la Comisión de valoración instrucción en el sentido de que se proceda a la valoración del título de Técnico Superior de Formación Profesional de Secretariado, asignándole la nueva puntuación resultante en la Bolsa correspondiente a la categoría de celador-conductor.*”

Recomendación aceptada por la citada Gerencia, dando instrucciones a la Comisión de Valoración en orden a que se le baremara la titulación acreditada.

2.3.2. Condiciones de trabajo.

Destacan en este apartado las quejas planteadas por colectivos de personal en relación a la ampliación de la jornada laboral como consecuencia de las medidas adoptadas por el Gobierno de la Nación y el de Andalucía.

En el expediente de **queja 12/6071**, iniciada de oficio, tuvimos ocasión de tratar un asunto concerniente a la distribución de la ampliación de la jornada laboral en los Centros Sanitarios, en materia de condiciones laborales, en la que los interesados denunciaban la forma en que se estaba procediendo en los Centros Sanitarios de Andalucía, a la distribución del aumento de jornada establecido en el artículo 25 del Decreto Ley 1/2012, de 19 de junio, de Medidas Fiscales, Administrativas, Laborales y en materia de Hacienda Pública para el reequilibrio Económico Financiero de la Junta de Andalucía.

Manifestaban los interesados, que no existían unas instrucciones únicas y claras, sobre la distribución de la jornada complementaria, sino que cada centro decidía indiscriminadamente como se iba a aplicar ésta, sin previa negociación con los sindicatos con representación en la mesa sectorial de sanidad, y sin respetar, en muchos casos, el derecho a la conciliación de la vida laboral y familiar del personal. Además de provocar, en otros casos, situaciones de dudosa legalidad, como la realización de una jornada laboral de 12 horas ininterrumpida.

Por último, denunciaban los interesados que esta situación no se hacía extensible al resto de organismos de la Junta de Andalucía, donde se había establecido un período de horario abierto dentro del cual se podrá completar la jornada laboral, hasta cumplir las 37.5 horas en computo semanal.

En consecuencia con lo anterior, la Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz, en virtud de las facultades, atribuciones y competencias que le corresponden por aplicación de lo establecido en el art. 1, en relación con el art. 10, de la Ley 9/1983, de 1 de diciembre, del Defensor del Pueblo Andaluz, decidió actuaciones de oficio, dado lo repetido de las quejas formuladas a instancia de parte sobre este asunto.

Así, solicitábamos de la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud nos remitiera informe detallado al respecto, en aplicación de lo establecido en el art.18 de la citada Ley 9/1983, de 1 de diciembre, por la que nos regimos.

En el mismo -en síntesis- se nos indicaba lo que exponemos a continuación:

“El Servicio Andaluz de Salud ha mantenido un largo y profundo diálogo con las Organizaciones Sindicales a fin de acordar criterios comunes para la aplicación de la nueva jornada laboral.

El Servicio Andaluz de Salud ha manifestado su disposición a continuar negociando un acuerdo al respecto, y reitera esa voluntad.

El Servicio Andaluz de Salud ha de velar por la garantía de la asistencia sanitaria en las condiciones de mejor calidad posible, al tiempo que ha de cumplir las nuevas exigencias legales en relación con la jornada laboral.

La jornada laboral de los profesionales ha de cumplir las exigencias de la Ley de Presupuestos del Estado, dentro de lo establecido por la Ley 3/2012 para el reequilibrio financiero de la Junta de Andalucía, de los Decretos 175/1992, 553/2004 y 522/2012, y del Manual de Permisos, Vacaciones y Licencias del Organismo.

La prestación de la mejor atención sanitaria posible en cada Centro exige que la organización del trabajo en cada uno de ellos se adapte de modo específico a sus requerimientos asistenciales.

La aplicación de la jornada de cada profesional, dentro de los horarios asistenciales y de las limitaciones y garantías legales establecidas, ha de contribuir al objetivo asistencial. Así está regulado en los Decretos 175/1992 y 553/2004”

Al respecto de lo anterior cabía destacar que -como señalaba la Administración Sanitaria- la reorganización de servicios (que había afectado de forma particular a su jornada de trabajo), traía causa del ejercicio y desempeño de potestades de autoorganización predicables de las Administraciones Públicas.

Al margen de lo anterior, la Administración Sanitaria exponía como había llevado a cabo un laborioso y exhaustivo proceso negociador con los representantes sindicales presentes en la Mesa de Sectorial de Sanidad, realizando múltiples reuniones en el seno de la misma, y en concreto la reunión de 10 de julio de 2012: las organizaciones sindicales manifiestan respecto a la aplicación del incremento de jornada que debe producirse un acuerdo en el seno de la Mesa Sectorial a través del cual se fijen directrices generales que impidan la aplicación particular de la jornada por cada uno de los Centros. y que la aplicación de la jornada del Decreto Ley 1/2012 no debe ser discriminatoria en el ámbito sanitario respecto de los otros sectores de la Administración de la Junta de Andalucía.

Solicitan que la aplicación de la jornada del Decreto Ley 1/2012 no afecte a las retribuciones que se perciben en concepto de Continuidad Asistencial ni de las Guardias.

En reunión de 9 de agosto de 2012: tomando como base el documento de propuestas de aplicación de jornada presentado por las Organizaciones Sindicales en la reunión del día diez de julio, la Administración presenta un documento de trabajo dividido en 26 puntos, con una propuesta de aplicación del incremento de jornada para los diferentes turnos y grupos profesionales, documento que se adjunta al acta, que se debate y analiza, pero sobre el que en última instancia no se llega a un acuerdo.

En reunión de los días 21-24 de septiembre de 2012: nuevamente la Administración presenta un documento de trabajo que se incluye como anexo en el Acta de la reunión, y que, sobre la base del anterior, viene a acercar las posturas iniciales, reiterando su voluntad de diálogo y exponiendo una vez más los elementos del marco existente:

La ampliación de jornada a 37,5 horas semanales ya establecida en la normativa estatal.

La fijación de la jornada anual en los términos vistos en anteriores reuniones.

La aplicación de la nueva jornada desde el día 1 de julio de 2012, de forma consensuada en el seno de las Unidades de Gestión Clínica, de acuerdo con las características de su actividad asistencial específica.

El efecto económico de reducción del gasto que han de producir las medidas, para mantener el Modelo Sanitario Público Andaluz dentro del escenario de estabilidad presupuestaria.

En reunión del 23 de noviembre de 2012: la Dirección General de Profesionales propone un nuevo documento para su adopción como Acuerdo de la Mesa, como reflejo del acercamiento de posturas operado en el proceso de negociación, y en concreto, desde la aplicación de máximos de la jornada treinta y siete horas y media establecida en el Decreto 175/92 que propuso la Administración en un principio.

No obstante ello, se ha seguido negociando con los representantes sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad, con el fin de la implantación más consensuada posible de la jornada, que, recordemos, es de aplicación desde el 1 de julio de 2012. También se ha procurado mantener el diálogo sobre el desenvolvimiento de la aplicación de la nueva jornada.

Además de todo ello, tras la promulgación del Decreto Ley 1/2012, de 19 de junio, de Medidas Fiscales, Administrativas, Laborales y en materia de Hacienda Pública para el reequilibrio económico-financiero de la Junta de Andalucía, en cumplimiento de las obligaciones que la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, estableció en la materia para las Comunidades Autónomas, es a partir de la misma, cuando éstas deben respetar no sólo un límite máximo de déficit, sino también un crecimiento limitado del gasto público y un objetivo de deuda. Todo ello acompañado de un detallado mecanismo sancionador en caso de incumplimiento.

En consecuencia y respecto al caso concreto de las presentes actuaciones de oficio, a las que se acumularon diversas quejas promovidas a instancia de parte **-queja 12/5962, queja 12/5810, queja 12/5861, queja 12/5868, queja 12/5859, queja 12/6587, queja 12/2838, queja 13/3051 y queja 13/1507-** como quiera que, en base a la citada habilitación legal, la Administración Sanitaria establecía la jornada ampliada con la idea de rentabilizar los recursos de los que dispone y siempre que tal ajuste de medios se había efectuado teniendo por objetivo la eficiencia en la prestación del servicio y, en nuestra opinión, se había realizado con respeto a los principios constitucionales de actuación administrativa y, sin infracción o quebranto de normativa reguladora de derechos fundamentales de los empleados y trabajadores, no observamos irregularidad alguna en la actuación administrativa del citado Organismo.

Motivo por el que procedíamos a archivar los expedientes de queja.

Similar actuación desarrollamos, esta vez en relación con la **queja 12/5531**, tramitada de oficio, referente a la reducción de jornada y sueldo personal eventual estructural Servicio Andaluz de Salud (Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud)

La Institución tuvo conocimiento a través de la **queja 13/39**, la **queja 13/1106** - de oficio- y la **queja 13/1141** relacionada, así como de la información publicada en prensa, que la jornada de trabajo tanto de médicos como enfermeros, auxiliares, celadores y todo tipo de categorías presentes en hospitales y centros de salud, que tenían un vínculo temporal, sería de sólo el 75%, y el periodo de duración de los contratos no excedería del mes, muy inferior al año que solía aplicarse años atrás.

En las distintas quejas y en las noticias que habíamos utilizado para que sirvieran de antecedentes y bases de la presente actuación, denunciaban los afectados que la reducción de la jornada laboral al 75%, suponía un recorte salarial bastante considerable en la nómina de este colectivo que, dejarían de percibir el 25% de sus retribuciones al no emplearse la totalidad de la jornada, además de verse afectados por la bajada general de sueldos del 10%, un porcentaje que aplicará al capítulo de complementos.

Sin embargo, según pudo conocer esta Defensoría, la reducción de jornada de los trabajadores temporales en un 25%, no implicaba que éstos no trabajaren la jornada completa, sino que disfrutaría de menos días laborables al mes para ajustar dicha reducción.

Al parecer, según fuentes consultadas, el SAS mantendría esta medida, como mínimo, durante los dos años de duración previstos para el programa de recortes en materia sanitaria.

Finalmente, recordaban las distintas fuentes periodísticas a las que habíamos tenido acceso, que esta medida endurecía el compromiso que contrajo la propia Junta de reducir sólo la jornada laboral hasta el llegar al 90%.

Y abundaban, en la precariedad laboral que traerá consigo el desarrollo de esta línea de actuaciones.

Antes esta situación los afectados, solicitaban que por parte de la Administración sanitaria se adoptasen las siguientes medidas:

“1. La renovación de todos los puestos eventuales estructurales por un periodo no inferior a seis meses.

2. Que se realicen al 100% de la jornada y no al 75% como se vienen haciendo en los últimos meses.

3. Que la jornada diaria que se les aplique sea la misma que la de cualquier otro trabajador, interino o fijo.”

Por su parte, el SAS nos informaba en los siguientes términos:

“- (..) La Ley 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para 2012, establece un incremento de la jornada laboral del personal de todas las Administraciones Públicas a las 37,5 horas semanales en cómputo anual, por cuya aplicación en el SAS ya se interesó esa Institución y le informamos detalladamente al respecto.

- Que, en el cómputo global de horas de trabajo, para el total de profesionales del SAS como consecuencia de ese incremento de jornada, nos encontramos con un excedente de horas provenientes del aumento de su jornada ordinaria de 35 a 37,5 horas a los profesionales con nombramiento indefinido. Es decir, más de un 90% del personal ven aumentada su jornada en 2,5 horas semanales, que, si bien parte de ellas se traspasan a actividad que se venía realizando de forma extraordinaria, es obvio han de tener su impacto en una menor necesidad de nuevos nombramientos. Este impacto podría haber

significado la finalización de hasta uno de cada cuatro nombramientos, de no haber decidido que estas medidas de ajuste no posibiliten disminución de puestos de trabajo.

- Que la Ley 3/2012 de 21 de septiembre de Medidas Fiscales, Administrativas, Laborales y en materia de Hacienda Pública para el reequilibrio financiero de la Junta de Andalucía contempla con carácter general una reducción de jornada de trabajo del personal temporal del 10 por ciento. Por su parte, el artículo 60.2 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud establece un límite máximo del 75% de la jornada ordinaria en cómputo anual para los nombramientos a tiempo parcial. De este modo, se procedió a no aplicar la mencionada reducción al personal estatutario temporal con nombramiento cierto a la entrada en vigor del Decreto Ley 1/2012.

- Que, asimismo, en cumplimiento de las normas citadas para los nuevos nombramientos temporales a tiempo parcial, en cualquier caso, la retribución se ajusta a lo establecido en la resolución de retribuciones vigente y, como no puede ser de otra manera, es proporcional a su jornada laboral.

- Que, en tal sentido, el SAS, a través de los centros sanitarios, realiza las ofertas de trabajo atendiendo a las necesidades asistenciales para garantizar la calidad de los servicios que se prestan a los usuarios. Para ello utiliza el procedimiento de selección de personal estatutario temporal pactado con las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad.

- Que el SAS ha optado por el mantenimiento del mayor nivel de empleo posible y la continuidad de la actividad laboral de sus profesionales, a pesar de las limitaciones a la contratación de personal temporal y al nombramiento de personal estatutario temporal recogidas en el artículo 3 del Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección de déficit público.

- Que respecto al plazo temporal en el que estas medidas se aplicaran, están planteadas con carácter transitorio. No es este el modelo laboral que queremos para el SAS, y es nuestro objetivo de una mayor estabilidad en nuestros profesionales, consensuando su reversión en la medida en que la evolución económica y las restricciones presupuestarias lo permitan.

- Que, al margen de las actuales circunstancias presupuestarias, la figura del nombramiento a Tiempo Parcial está previsto en el Estatuto Marco porque es necesario para lograr un ajuste más fino entre las necesidades del servicio, como los de alta demanda en momentos concretos del día o las sustituciones de las reducciones parciales de jornada, y la disponibilidad de profesionales más ajustada a ello. Permite contar con recursos humanos con mayor flexibilidad y eficiencia para responder a las necesidades de la asistencia sanitaria. Este Servicio Andaluz de Salud ha venido suscribiendo nombramientos a tiempo parcial antes de las restricciones presupuestarias y que los seguirá suscribiendo en el futuro, puesto que son un método apropiado para satisfacer necesidades asistenciales específicas. Hemos de señalar además que si en el conjunto del

mercado laboral español (según la última EPA disponible) la utilización de la contratación a tiempo parcial en el conjunto del mercado de trabajo es sólo de un 15,3%, en el SAS el dato de noviembre de 2012 es que este tipo de nombramiento era un 9,69%.

-Que, asimismo, los nombramientos por periodos mensuales nos están permitiendo el seguimiento permanente del correcto cumplimiento del objetivo de estabilidad, que ha logrado con éxito despejar posibles incertidumbres de cara a la garantía del pago de nóminas."

Una vez estudiado detenidamente, comunicábamos a las partes que no se observaba irregularidad alguna en la actuación administrativa de la Dirección General.

Había que tener en cuenta que se trataba de medidas adoptadas por la Administración Sanitaria en materia retributiva del personal temporal implementadas en el marco de las de naturaleza presupuestaria y para el reequilibrio financiero de alcance general adoptadas por el Legislador autonómico procedimos a dar por concluidas nuestras actuaciones en este expediente.

Un supuesto diferente, relativo al reconocimiento de los servicios prestados en el periodo de formación MIR, lo tenemos en el expediente de **queja 12/6784**, el interesado, Médico Psiquiatra, planteaba su pretensión de reconocimiento de servicios prestados como Médico Interno Residente (MIR) en la especialidad de Psiquiatría en un Hospital Universitario, en el periodo 1982-1985, todo ello en orden a su traslación a las retribuciones básicas correspondientes (trienios), pretensión sobre la que no obtenía una respuesta favorable. El informe de la Dirección General de Profesionales del SAS nos contestaba lo siguiente:

"No es posible certificar los servicios prestados (...) como Médico Interno Residente en la especialidad de Psiquiatría, porque el interesado realizó en el centro la formación como Médico Especialista en Psiquiatría, pero lo hizo a través de Escuela Profesional, y no como "Contrato de Formación MIR", por lo que en ningún momento estuvo vinculado contractualmente con el Hospital, y en consecuencia, la labor desempeñada no puede ser considerada como "servicios prestados".

En coherencia, no puede figurar en la aplicación informática Gerhonte, donde se graban los datos concernientes a la vida administrativa de los profesionales que han mantenido actividad laboral en el Servicio Andaluz de Salud, unos servicios supuestamente prestados que no han sido desempeñados como tales. Del mismo modo, el Servicio Andaluz de Salud tampoco ha producido movimientos que afecten a la situación de afiliación, alta y baja en la Seguridad Social y periodo cotizado, movimientos que no se produjeron al no existir, como se ha señalado anteriormente, una vinculación laboral.

Todo lo expuesto es independiente de que (...) este periodo de formación desarrollado en la Escuela Profesional le hubiese conducido a la calificación de Apto para la obtención del Título de Especialista en Psiquiatría, de forma análoga a los profesionales que sí han ostentado relación contractual con el centro".

Por su parte, en el trámite de alegaciones, tras expresar el interesado las dificultades administrativas que acontecieron para el reconocimiento y expedición del título de la especialidad por parte del Ministerio de Sanidad, exponía que la Escuela Profesional de Psiquiatría se creaba en el año 1966, dependiente de la Facultad de Medicina, realizando las prácticas formativas en el Hospital Universitario del SAS durante los cuatro años de duración de la residencia formativa (1982-1985).

Al respecto, y al momento de resolver el expediente, considerábamos que la Ley de 20 de julio de 1955, regulaba por primera vez la enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas, estableciendo los requisitos, así como los procedimientos necesarios para obtener el título de médico especialista.

En desarrollo de dicha ley, el Decreto de 23 de diciembre de 1957 aprobó su Reglamento y la Orden de 1 de abril de 1958, dictaba normas complementarias para la obtención del título de especialista.

Al amparo de dicho marco legal, en la responsabilidad de la formación sanitaria especializada recaía un gran protagonismo sobre la Universidad, es decir, sobre las Cátedras de las Facultades de Medicina vinculadas a los Hospitales Clínicos y a los Institutos y Escuelas Profesionales de Especialización Médica promovidas por determinadas Cátedras, centros reconocidas por el Ministerio de Educación.

Como quiera que los hospitales clínicos (o en su caso los Hospitales Psiquiátricos Provinciales respecto a la especialidad de psiquiatría) dependían de instituciones ajenas a la Universidad (Diputaciones, Asociaciones, etc.), desde las Facultades de Medicina, y más en concreto desde determinadas Cátedras, se promovía la formación de las especialidades a través de los Institutos o Escuelas Profesionales de Formación Especializada creadas ad hoc, panorama que sustancialmente se va modificando con el progresivo desarrollo de la red asistencial de la Seguridad Social a partir de los años 60, desarrollando dichos centros sus propios programas de formación de médicos especialistas, hasta la actual conformación por el vigente sistema MIR instaurado por el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de médico especialista.

Así pues, en la formación sanitaria especializada coexistía la impartida por las Cátedras y por los Institutos y Escuelas Profesionales de Especialización Médica vinculados a aquellas, conjuntamente con la que se venía desarrollando por los propios centros pertenecientes a la red asistencial de la Seguridad Social.

En los casos de los centros vinculados a las Facultades de Medicina (especialmente las citadas Escuelas Profesionales), la normativa requería que los centros estuvieran regidos por un titular especialista y acreditar una serie de parámetros (número de colaboradores, capacidad de los servicios, aceptación de programas, planes de trabajo e informes del claustro de la facultad, etc.) y la selección de los graduados (caso de que el número de inscritos superase las plazas disponibles) se efectuaba por la propia Facultad de Medicina.

Una vez realizados los estudios y prácticas correspondientes, se exigía a los alumnos la realización y superación de un examen final que se realizaba en la Universidad a la que correspondiera el centro, lo que les habilitaba para la adquisición del correspondiente título de la especialidad expedido por el Ministerio de Sanidad, en forma homóloga a los que

lo adquirirían tras superar el proceso MIR en los centros hospitalarios integrados en la red asistencial de la Seguridad Social (o en los Servicios de Salud de las Autonomías si estos servicios sanitarios habían sido objeto de traspaso o transferencia).

Aún cuando los títulos de las especialidades eran únicos, cualquiera que fuese la vía de formación y los centros en que se desarrollaran, los servicios prestados por los alumnos de las Escuelas Profesionales lo eran sin vinculación jurídico-laboral o estatutaria, ni con la propia Escuela Profesional ni con la Universidad, como tampoco con el centro sanitario en que se desarrollaba la formación, si este era ajeno a los anteriores (Ministerio de Sanidad, Servicio de Salud Autonómico, Diputaciones provinciales y/o centro público sanitario o concertado), a diferencia de aquellos seleccionados por el Ministerio de Sanidad en la única prueba a nivel nacional, que desarrollaba la formación por vía MIR en los centros integrados en la red asistencial de la Seguridad Social y que lo era con el soporte de un contrato laboral sometido a las normas de Derecho Laboral (retribuciones, condiciones de trabajo, etc), de Seguridad Social (afiliación, cotización, etc.) y Fiscal (retenciones de las rentas de trabajo, etc.).

De lo anterior cabe deducir que si bien la titulación de la especialidad era única, cualquiera que fuera la vía de formación elegida y el centro en que esta se desarrollara, los servicios prestados como tal solo tenían tal consideración y a los efectos determinados por la Ley 70/1978, de 26 de diciembre, cuando lo eran por la vía contractual del sistema MIR establecido en el citado Real Decreto 127/1984.

Por cuanto antecede se formulaba a la Dirección General del Profesionales del SAS, la siguiente **Recomendación**:

Que en la medida que la petición cursada por el interesado en orden al reconocimiento de servicios prestado en el citado Hospital y por el periodo 1982-1985, no hubiere sido objeto de cumplida y formal respuesta en base a la documental obrante en el expediente personal y con las argumentaciones jurídicas aplicables al caso, se lleve a término, habilitándole, en orden a su defensa, para la interposición de los recursos administrativos y jurisdiccionales que procedan.

De conformidad con los antecedentes y consideraciones expuestas, la actuación llevada a cabo por la Dirección General de Profesionales del SAS, denegatoria del reconocimiento de "servicios prestados" en el Hospital Universitario, resulta desde nuestra perspectiva, ajustada a Derecho.

V. MEDIO AMBIENTE

2.1.1. Contaminación acústica.

2.1.1.1. Interpretación del Decreto 6/2012.

En el ejercicio anterior citamos que habíamos abierto de oficio la **queja 12/5639** (Apartado 2.1.3.1.1. Aprobación de un nuevo Reglamento de Protección contra la Contaminación Acústica, dentro del Capítulo V, Medio Ambiente, de la Sección Segunda, Análisis de las cuestiones planteadas en las quejas), en la que dábamos cuenta de las cuestiones que habíamos planteado a la, entonces, Consejería de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente y en la que, en la fase de tramitación del proyecto de Decreto, se advirtió a la misma que en ese proyecto se contenían determinadas previsiones que podían suponer un grave retroceso sobre el régimen normativo existente hasta la fecha (Decreto 326/2003, de 25 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Protección contra la Contaminación Acústica en Andalucía y Decreto 357/2010, de 3 de Agosto, por el que se aprueba el Reglamento para la Protección de la Calidad del Cielo Nocturno frente a la Contaminación Lumínica y el Establecimiento de Medidas de Ahorro y Eficiencia Energética). Por ello, trasladamos a la citada Consejería las dudas interpretativas que, a nuestro juicio, ofrecía el nuevo Decreto 6/2012, de 17 de Enero, por el que se aprueba el hoy vigente Reglamento de Protección contra la Contaminación Acústica en Andalucía (en adelante RPCAA).

En la respuesta que nos remitió la Consejería se indicaba, respecto a la cuestión de si la instalación de una terraza de veladores en la vía pública por parte de un establecimiento hostelero, constituye una modificación sustancial sobre la actividad inicialmente autorizada que requeriría el sometimiento a un nuevo procedimiento de calificación ambiental, que el art. 19.11 de la Ley 7/2007, de 9 de Julio, de Gestión Integrada de la Calidad Ambiental (en adelante LGICA) aclara qué es la modificación sustancial y que, tras su lectura, no puede establecerse una posición a priori que afecte a todas las instalaciones de terrazas o veladores por parte de establecimientos hosteleros que ya estén funcionando, de manera que sólo se entenderá que existe modificación sustancial cuando *“a juicio del órgano ambiental competente, en este supuesto el Ayuntamiento donde se localice el establecimiento hostelero”, se produzca un incremento significativo de emisiones a la atmósfera, vertidos a cauce público o al litoral, generación de residuos, utilización de recursos naturales, afección al suelo no urbanizable o urbanizable sectorizado, o afección a un espacio natural protegido o áreas de especial protección designadas en aplicación de normativas europeas o convenios internacionales”*.

Además de esta consideración y relacionado con la emisión de ruidos, el art. 42.1 RPCAA establece «...así como sus modificaciones y ampliaciones posteriores con incidencia en la contaminación acústica, requerirá para su autorización licencia o medio de intervención administrativa en la actividad que corresponda, la presentación de un estudio acústico ...».

En cuanto la cuestión de si, en el caso de que consideraran improcedente la interpretación previamente apuntada, si existía algún proyecto de modificación del vigente régimen normativo en el que se previera exigir que la instalación de tales terrazas de veladores resultara sujeta a procedimiento de prevención ambiental, la Consejería nos indicaba que, en el momento de respondernos (Enero de 2013), se encontraban elaborando

un proyecto de Decreto en materia de Calificación Ambiental, en el que se estaba considerando todo aquello relacionado con el problema de ruido generado por terrazas y veladores.

Analizada esta información, comunicamos a la citada Consejería, en el momento de dar por concluidas nuestras actuaciones, que estábamos esperanzados en que con la modificación que se nos anunciaba del vigente reglamento de calificación ambiental se respondiera adecuadamente a las necesidades que le trasladábamos y que, en definitiva, son el reflejo de los gravísimos problemas de convivencia ciudadana generados con ocasión de la producción de excesivos niveles de ruido desde las terrazas de veladores dispuestas por establecimientos hosteleros localizados en zonas residenciales de nuestras ciudades.

Por otro lado, la posibilidad, con las actuales normas, de obligar a someter a los establecimientos de hostelería a un procedimiento de prevención ambiental por la contaminación acústica que se genera en las terrazas-bares sigue siendo objeto de un amplio debate en las asociaciones de afectados y en las administraciones responsables, por lo que el problema de atajar este ruido exigiendo responsabilidades a los titulares de estos establecimientos por los ruidos que se producen en el entorno de sus establecimientos, generados en tales terrazas, continúa siendo una cuestión no resuelta, siendo las otras medidas legales existentes para combatir esa contaminación, en la práctica, irrelevantes.

Parece que es tiempo y hora de que los poderes públicos tomen cartas en el asunto y establezcan un marco legal, coherente, lógico y proporcional al problema creado, que permita terminar con un problema que se ha enquistado en nuestras ciudades, y que traslada todos sus efectos perjudiciales sobre una parte de la sociedad indefensa, los excesos impunes de unos pocos empresarios que, ajenos al daño que producen a terceras personas y concedores de la pasividad e inoperancia de los poderes públicos, continúan desarrollando sus actividades de manera aparentemente ilegal día tras día.

2.1.1.2. Quejas que tienen su origen en el ruido generado por negocios de hostelería.

A continuación mencionamos varios ejemplos de actuaciones de esta Institución ante supuestos de contaminación acústica y que han generado la presentación de quejas. Así, tal fue el caso de la **queja 10/6084** y de la **queja 11/1554**, en las que, después de evaluar las disfuncionalidades que se habían producido en la tramitación y ejecución de los expedientes iniciados por las denuncias de las personas afectadas, formulamos a la Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Sevilla **Recomendación** para que, con la mayor brevedad posible, se ejecutara la orden de clausura de la actividad objeto de las quejas, a tenor de la constatación del desarrollo de actividades no amparadas por la licencia de actividad y para que se valorara la oportunidad de revocar las autorizaciones concedidas al establecimiento en cuestión, a tenor de la reincidencia en la comisión de infracciones.

También formulamos **Recomendación** para que se agilizará la tramitación de los expedientes sancionadores en curso y para que se valorara la oportunidad de incoar expediente sancionador por los presuntos ilícitos administrativos denunciados y/o constatados por funcionarios de ese Ayuntamiento, anteriormente aludidos, y que hasta aquel momento habían quedado impunes, así como para que se iniciara una investigación interna orientada a conocer la causa de las disfunciones expuestas y a diseñar un mecanismo para superarlas y evitar que las mismas se siguieran sucediendo en el futuro y, en su caso, a exigir las responsabilidades en las que se hubiese incurrido.

Tras un análisis pormenorizado de la respuesta que nos envió el Ayuntamiento de Sevilla pudimos concluir que no parecía hubiera aceptado nuestra resolución. Por contra, la información aportada venía, a nuestro juicio, a confirmar las apreciaciones realizadas por esta Institución a través de nuestra resolución y, por consiguiente, la procedencia de la misma, por lo que procedimos a incluir ambos expedientes de queja en el presente Informe Anual al Parlamento de Andalucía, aunque con el deseo de que el Ayuntamiento reconsiderara el sentido de su respuesta y solventara los problemas detectados por esta Institución.

En cuanto a la **queja 11/3177** fue incoada de oficio para conocer las licencias de apertura que se habían concedido en la calle Betis de Sevilla de establecimientos hosteleros, así como las licencias de instalación de terrazas de veladores y el número de expedientes sancionadores incoados en el último año (es decir, anteriores a 2011) y, finalmente, para obtener información sobre acuerdos municipales adoptados en los últimos 10 años sobre la declaración de la calle Betis como Zona Acústicamente Saturada (ZAS).

Lógicamente, el interés no era otro que garantizar los derechos constitucionales contemplados en los arts. 45 (a un medio ambiente adecuado), 43.1 (protección del derecho a la salud) y 18.1 (derecho a la intimidad en el domicilio) de la Constitución (en adelante CE), derechos conculcados cuando por las emisiones/inmisiones que, procedentes del ruido originado por las actividades procedentes o inherentes a estos locales, vulneran los niveles de calidad acústica establecidos en las normas. A esta queja de oficio acumulamos la **queja 11/2411** iniciada a instancia de parte, en la que se denunciaba también que a pesar de la declaración de esta zona como ZAS en Agosto de 2011, la situación no había mejorado sino, como indicaban textualmente los proponentes de la queja, *“por el contrario ha empeorado notablemente”*, citando zonas y locales concretos.

Después de tramitar durante dos años esta queja, en la que se incluyen los dos informes recibidos del Ayuntamiento de Sevilla (de fechas 25 de Abril y 3 de Mayo de 2012), no poseíamos una información que nos permitiera evaluar, con certeza y caso por caso, la situación legal de las actividades que se desarrollaban en estos inmuebles, las de sus terrazas y veladores autorizados, los expedientes sancionadores incoados y su estado de tramitación, la efectividad de las resoluciones dictadas, etc.

Ello por cuanto la información remitida era incompleta y poco o nada aclaratoria de algunos de los importantes extremos por los que nos interesábamos y de los que se había dejado cumplida y precisa existencia en el expediente; al mismo tiempo, se desprendía, pese a esa aparente falta de colaboración informativa, que parecía evidente que había locales que no habían presentado nunca una licencia de apertura, que algunas de las terrazas que se habían instalado o ampliado lo habían hecho sin autorización y que el nivel de ruidos que se producía, con frecuencia superaba todos los límites tolerables.

Llegados a este punto, cabía preguntarse qué está ocurriendo para que no cese esta situación escandalosa, pública y conocida en toda la ciudad; del mismo modo, cabía también preguntarse por qué locales que se encontraban desde hacía tiempo en una situación de ilegalidad continúan ejerciendo su actividad sin consecuencias sancionadoras o de clase alguna. Y, ambas preguntas nos llevaban a una tercera cuestión, puesto que nos planteamos, en este sentido, si esta situación se debía a la insuficiencia de estructura y de medios personales y materiales concebida para garantizar el respeto a la normativa ambiental.

A la vista de ello y con independencia de que se tramitaran los expedientes individualizados de queja que procediera, caso por caso, en lo que concernía a la situación en la que se encontraba la calle Betis de la ciudad de Sevilla, singularmente determinados días, desde una perspectiva ambiental, teniendo en cuenta especialmente que se trata de una Zona Acústica Saturada así declarada como tal por el propio Ayuntamiento, formulamos a la Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Sevilla **Recordatorio** del deber de respetar en su actuación los principios de legalidad y sometimiento pleno a la Ley y al Derecho, de seguridad jurídica, de eficacia, eficiencia y servicio a los ciudadanos y de buena administración, a los que obligan los artículos 9 y 103 de la Constitución, 31 de la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de Marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía y 3 de la Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo y del deber legal de ejercer con todas sus consecuencias las competencias municipales, especialmente las relativas a la ordenación, autorización y control del ejercicio de actividades económicas y empresariales, (art. 9.22 de la Ley 5/2010, de 11 de Junio, de Autonomía Local de Andalucía), en el entendimiento de que, según el artículo 12.1 de la Ley 30/1992, la competencia es irrenunciable y se ejercerá precisamente por los órganos administrativos que la tengan atribuida como propia, y también en el entendimiento de que los procedimientos administrativos, sometidos al criterio de celeridad, deben impulsarse de oficio en todos sus trámites (art. 74 de la Ley 30/1992), evitando retrasos y dilaciones que los hagan ineficaces y, en consecuencia, puedan poner en riesgo la sanción de conductas presuntamente irregulares, para lo cual pueden además adoptarse y, en su caso, ejecutarse, las medidas provisionales que resulten oportunas.

También formulamos a la citada autoridad **Recomendación** para que la Delegación Municipal de Medio Ambiente realizara cuantas actuaciones fueran necesarias, previos trámites legales oportunos y, en su caso, con la coordinación de la Policía Local del Ayuntamiento, para hacer respetar la normativa ambiental y las propias Ordenanzas Municipales a todos los locales y establecimientos que ejercen actividades de hostelería en la calle Betis, cuya declaración como Zona Acústicamente Saturada exige un mayor control por parte de las Administraciones Públicas y **Sugerencia** para que, sin perjuicio de que por parte de la Delegación Municipal de Medio Ambiente se atendiera la anterior Recomendación, dicha Alcaldía-Presidencia diera las instrucciones oportunas a fin de que se elaborara un informe en el que, de manera detallada:

a) Se realizara un inventario actualizado de todos los locales y establecimientos en los que se realizan actividades de hostelería en la calle Betis, dejando constancia de su dimensión actual, titularidad, actividades autorizadas y, en su caso, terrazas de veladores autorizados.

b) Se verificara si algunos de estos establecimientos, locales y/o actividades, se han puesto en funcionamiento con o sin autorización, con posterioridad a que la zona en la que estén instalados haya sido declarada Zona Acústicamente Saturada; y, en caso de haber sido autorizados, que se verificara si la autorización había sido debidamente concedida y la actividad se estaba desarrollando adecuadamente, teniendo en cuenta la especial situación de la zona como acústicamente saturada.

c) Se actuara de la misma forma respecto de los terrenos en los que hubiera situadas mesas, sillas, veladores o cualquier otro mobiliario en zona de dominio público.

d) Se llevara a cabo una investigación sobre los expedientes sancionadores mencionados en la siguiente Recomendación, que hubieran sido abiertos y sobre los que no

teníamos noticias de que se hubiera, en unos casos, dictado la oportuna resolución y, en otros, ejecutado.

Por último, trasladamos al mismo **Recomendación** para que nos informaran del estado de tramitación en que se encontraban los expediente sancionadores incoados a los establecimientos que indicábamos y para que se dieran las instrucciones oportunas para que se informara a esta Institución de la causa de que la mayoría de los expedientes que se tramitaban en la Gerencia de Urbanismo, muchos de ellos iniciados hacía años, no hubieran concluido con la oportuna resolución. De hecho, de un total de 16 locales inspeccionados y sobre los que se seguían actuaciones (algunos de ellos desde el año 2005) sólo dos habían concluido. Asimismo, también formulamos **Recomendación** para que, una vez elaborada esa información de manera clara y sin perjuicio de enviarla a esta Institución, se iniciaran las actuaciones que fueran procedentes, si ello fuera necesario, para dotar de los medios personales y materiales adecuados a los servicios responsables de tramitar los expedientes para que pudieran llevar a cabo adecuadamente su labor y, en su caso, si ello resultaba procedente como consecuencia de la investigación ordenada, previos los trámites legales oportunos, se exigieran las responsabilidades a que hubiera lugar si, por omisión injustificada, no se habían realizado las actuaciones exigibles para hacer respetar la normativa ambiental.

En su respuesta, el Ayuntamiento de Sevilla nos remitió un informe del Servicio de Licencias y Disciplina Urbanística, en virtud del cual podemos considerar plenamente aceptada nuestra resolución relativa a la situación de la calle Betis, de la ciudad, como zona acústicamente saturada, y afectantes a las terrazas de veladores existentes realmente y las licencias concedidas y los expedientes sancionadores abiertos, con lo que dimos por concluidas nuestras actuaciones en los citados expedientes de queja.

En la **queja 11/4193**, un vecino del municipio gaditano de El Puerto de Santa María denunciaba los altos niveles de ruido emitidos por un bar sito en la citada localidad, además de las molestias que sufría por los malos olores que provocaba. Siempre según el interesado, las molestias por malos olores dieron lugar a la incoación de un expediente sancionador frente a la persona titular del establecimiento, en el que se ordenó el precintado de una campana extractora y se impuso una sanción de 2.500 euros, multa que, sin embargo, aún no había sido ejecutada.

Las denuncias por ruido dieron lugar a que en Octubre de 2010 se realizara una inspección acústica, a través de la cual se constató la superación de los niveles máximos fijados en la normativa de protección contra ruidos pero, sin embargo, a pesar de este informe acústico, el Ayuntamiento no había incoado procedimiento sancionador frente a la titular del establecimiento por tal motivo.

A principios de 2011 el Ayuntamiento había concedido al establecimiento en cuestión autorización para la colocación de una terraza de veladores en el exterior del local, hecho éste que había desencadenado un incremento de las molestias ocasionadas a los vecinos (prueba de ello es que se presentaron otras tres quejas más por esta misma cuestión, que acumulamos a ésta). La citada autorización fue anulada el día 6 de Julio de 2011 al constatarse que el suelo en el que se ubicaba la terraza no era propiedad del Ayuntamiento. Además, la actividad hostelera desarrollada por el establecimiento se extendía más allá del horario permitido en la normativa.

El análisis de la documentación aportada nos llevó a dirigirnos a la Alcaldía-Presidencia del citado Ayuntamiento para formular, además de un **Recordatorio** de los preceptos legales que habíamos considerado vulnerados, **Recomendación** concretada en que se incoara, con carácter inmediato, expediente sancionador frente a la persona titular del establecimiento objeto de la queja, adoptando cuantas medidas provisionales resultaran oportunas al objeto de garantizar los derechos fundamentales afectados y el cumplimiento de lo dispuesto en la normativa.

Consideramos que actuando en la forma que propugnábamos se lograría una mayor adecuación de la actuación administrativa a los principios de eficacia y de sometimiento pleno a la Ley y al Derecho, previstos en el art. 103 CE. Asimismo, entendimos que se garantizaría el respeto de los derechos constitucionales y estatutarios que consideramos afectados.

En la respuesta que nos remitió el Ayuntamiento se destacaba que el procedimiento sancionador instruido por incumplimiento de los condicionantes impuestos en la calificación ambiental otorgada por molestias por humos, fue resuelto y notificado a las partes aunque la infractora había alegado la imposibilidad de ejecutar las medidas correctoras en el conducto de la campana extractora por ser necesario, para adoptarlas, acceder a la chimenea por la finca propiedad de una de las personas denunciantes, que no permitía tal acceso.

En cuanto a los ruidos que provocaba el establecimiento, se había dictado resolución por la que se calificaba como “leve” la infracción, imponiendo una sanción de 500 euros. Posteriormente, en Agosto de 2012 se dictó resolución acordando la clausura del establecimiento por sobrepasar los límites mínimos de aislamiento acústico, estando, en la fecha en que se nos respondió a nuestra resolución, precintada la actividad pues no se había acordado el levantamiento de la orden de clausura. Por tanto, entendimos que se había aceptado nuestra resolución y, al no estar la actividad funcionando, dimos por concluidas nuestras actuaciones.

Por lo que se refiere a la **queja 11/5030**, el interesado denunciaba que en los bajos de su vivienda, en Huelva, existía un establecimiento hostelero que, siempre según su escrito de queja, inició su actividad sin licencia municipal, por lo que el Ayuntamiento le impuso una multa por importe de 500 euros. Posteriormente, y también sin licencia, volvió a abrir el establecimiento, por lo que nuevamente denunció estos hechos al Ayuntamiento, pero no había recibido respuesta de éste. También denunció los hechos ante la, entonces, Delegación Provincial de la Consejería de Medio Ambiente, que requirió diversa documentación al Ayuntamiento y tampoco obtuvo respuesta.

Una vez recibido el informe interesado, verificamos que se trataba de un supuesto más de pasividad municipal ante las denuncias de la ciudadanía por contaminación acústica de negocios de hostelería. Por tal motivo y sin perjuicio de formular **Recordatorio** de los preceptos legales que mencionábamos en nuestra resolución, que dirigimos a la Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Huelva, también formulamos **Recomendación** para que, a la mayor brevedad posible, fuera efectuada una inspección acústica sobre los niveles de ruidos generados desde el establecimiento objeto de la queja, acorde con lo dispuesto en la normativa vigente sobre protección contra la contaminación acústica, así como para que, una vez determinado el grado de afección sonora, se actuara conforme a las exigencias previstas en la normativa citada, velando por el cumplimiento de la misma y garantizando los derechos fundamentales de los ciudadanos que podrían verse

afectados por prácticas ilícitas, así como para que se incoara, frente a la titular del establecimiento, expediente sancionador por la ocupación de la vía pública careciendo de título habilitante para ello, y otro por la venta de bebidas para ser consumidas fuera de los espacios autorizados por el Ayuntamiento.

Consideramos que actuando en la forma que propugnamos se lograría una mayor adecuación de la actuación administrativa a los principios de eficacia y de sometimiento pleno a la ley y al Derecho, previstos en el artículo 103 de la Constitución. Asimismo, se garantizaría el respeto de los derechos constitucionales y estatutarios que consideramos vulnerados.

El Ayuntamiento, en su respuesta, nos indicaba, respecto a la recomendación de que se realizara una inspección acústica y, tras el mismo, se actuara conforme establece la legislación, que consultados los antecedentes, el establecimiento contaba con licencia municipal de apertura desde Marzo de 2012, en el que se transcribía el informe técnico realizado en Febrero de 2012, en el que, a su vez, se hacía constar la existencia de un ensayo acústico realizado en Abril de 2011 completado con una medición realizada en periodo nocturno en Febrero de 2012, por lo que concluía que era innecesario realizar nuevas pruebas acústicas toda vez que las realizadas reunían las suficientes garantías sobre el grado de cumplimiento de la normativa aplicable a la cuestión.

En cuanto a la otra recomendación formulada, el establecimiento contaba con licencia de ocupación de la vía pública desde Octubre de 2012 y los agentes de la Policía Local hacían un seguimiento al objeto de verificar el efectivo cumplimiento de las condiciones de autorización, que funcionaba adecuadamente.

Por todo ello, entendimos que el Ayuntamiento de Huelva, a pesar de la existencia de ciertas discrepancias técnicas con lo resuelto por esta Institución, en esencia compartía los fundamentos jurídicos planteados por ésta y la necesidad de hacer un seguimiento de la actividad desarrollada en el establecimiento objeto de la queja, por lo que dimos por concluidas nuestras actuaciones, aunque le animábamos a que se intensificaran las labores de vigilancia e inspección sobre el establecimiento y a tramitar, con la mayor de las celeridades, cuantos expedientes sancionadores procediera incoar como consecuencia de la constatación de la comisión de posibles ilícitos administrativos como los comentados, con objeto de que quedaran solventados los problemas que había planteado el denunciante en su escrito de queja.

El representante de una comunidad de propietarios de un inmueble sito en la calle Betis, de Sevilla, presentó la **queja 11/5044** en la que denunciaba que el Ayuntamiento de Sevilla estaba tramitando un expediente en el que una entidad mercantil pretendía el cambio de titularidad de una licencia que fue otorgada en su momento para la instalación de un establecimiento público destinado a la actividad de hostelería. El citado establecimiento no había desarrollado actividad alguna desde hacía cuatro años, por lo que la comunidad de propietarios entendía que resultaba improcedente atender la solicitud de cambio de titularidad. Además, la zona en cuestión se encontraba declarada como Zona Acústicamente Saturada, por lo que en virtud de lo dispuesto en el entonces vigente Decreto 326/2003, de 25 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Protección contra la Contaminación Acústica, tampoco procedía atender la mencionada solicitud ni otorgar una nueva licencia para el mencionado establecimiento. Sin embargo, el 13 de Octubre de

2011 se presentó a la Comisión de Patrimonio Local el citado cambio de titularidad y éste fue aprobado con la única salvedad de modificación arquitectónica de la fachada.

También en este caso, tras diversas actuaciones formulamos a la Alcaldía-Presidencia **Recordatorio** de deberes legales y **Recomendación** del siguiente tenor literal:

“Estimar el Recurso de Reposición que el día 3 de Mayo de 2012 presentó la Comunidad de Propietarios de la calle Betis, .. frente a la Resolución nº ... de la Dirección General de Medio Ambiente, recaída en el expediente administrativo nº ... y, en consecuencia, declarar extinguida la licencia de actividad otorgada en su día para el establecimiento localizado en la c/ Betis, ... y consiguientemente, desestimada la solicitud de cambio de titularidad de la misma.

Consideramos que actuando en la forma que propugnamos se lograría una mayor adecuación de la actuación administrativa a los principios de eficacia y de sometimiento pleno a la Ley y al Derecho, previstos en el artículo 103 de la Constitución. Asimismo, entendíamos que se garantizaría el respeto de los derechos constitucionales y estatutarios que consideramos afectos.

Finalmente, el Ayuntamiento de Sevilla, a través de la Gerencia Municipal de Urbanismo, nos comunicó que se había resuelto declarar inadmisibile la solicitud de licencia de la entidad mercantil que la solicitó en su día para “... *la reforma del local sito en calle Betis ... destinado a bar al coincidir el objeto de la misma con la orden de restitución de la realidad física efectuada en su momento por el interesado*”, con lo que entendimos que se había aceptado nuestra resolución y dimos por concluidas nuestras actuaciones en este expediente de queja.

La **queja 12/2399** la tramitamos por los ruidos y otras molestias ocasionadas por un bar sito en los bajos de un hotel, dentro del término municipal de Alcalá de Guadaíra (Sevilla).

En concreto, el interesado nos trasladaba que sufría molestias por los elevados niveles de ruido generados tanto por los sistemas de reproducción musical del bar como por la clientela de la terraza de veladores y que, a resultas de sus comprobaciones ante el Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra, le surgían dudas acerca de si el establecimiento disponía de licencia de actividad y apertura y de licencia para la instalación de veladores, así como sobre la procedencia de los trámites seguidos para su otorgamiento. Asimismo, nos contaba que a pesar de las denuncias trasladadas al Consistorio, éste no había solventado el problema ni había actuado como previene el ordenamiento jurídico.

Una vez más, ante la pasividad del Ayuntamiento nos vimos obligados a formular a la Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra **Recordatorio** del deber legal de observar en su actuación los principios establecidos en los artículos 9 y 103.1 de la Constitución, 31 del Estatuto de Autonomía de Andalucía y 3 de la Ley 30/1992, especialmente en lo que respecta al principio de legalidad, al de eficacia y eficiencia, de servicio a los ciudadanos, de buena administración, de seguridad jurídica y de sometimiento pleno a la Ley y al Derecho y del deber lo establecido en el artículo 12 de la Ley 30/1992, según el cual la competencia es irrenunciable y se ejercerá por los órganos administrativos que la tengan atribuida como tal, en el artículo 9.12 de la Ley 5/2010, de 11 de Junio, de Autonomía Local de Andalucía, que atribuye a los municipios las competencias municipales

en materia de contaminación acústica y del cumplimiento los deberes legales dimanantes de la Ley 7/2002, de 17 de Diciembre, de Ordenación Urbanística de Andalucía (en adelante LOUA) y de la Ley 13/1999, de 15 de Diciembre, de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas de Andalucía, toda vez que al local objeto de la denuncia le había sido denegada la licencia de utilización para bar con música y de los deberes legales dimanantes de la Ley 37/2003, de 17 de Noviembre, del Ruido (en adelante LR), y del RPCAA, con objeto de evitar la vulneración de los derechos fundamentales previstos en los artículos 15 (derecho a la vida y a la integridad física y moral), 18.1 y 18.2 (intimidación personal y familiar e inviolabilidad del domicilio) de la Constitución, y del artículo 45 de la Carta Magna, según el cual todos tienen el derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo.

También formulamos **Recomendación** para que, en todo caso, previos trámites legales oportunos, mientras este local no contara con licencia de utilización para bar con música, se procediera a incoar expediente de restablecimiento de legalidad y sancionador, adoptándose, en su caso, las medidas provisionales que fueran oportunas, incluida, si procediese, la clausura, así como para que se comprobara si el establecimiento, en el desarrollo de la actividad para la que estaba autorizado, contaba con licencia para terrazas de veladores y, en su caso, si los veladores que tenía dispuestos en la vía pública se ajustaban en número a los realmente autorizados. En caso de no ser así, formulamos **Recomendación** para que se procediera en consecuencia, con objeto de evitar no sólo la utilización del dominio público al margen de las autorizaciones concedidas, sino también para evitar focos de generación de ruidos al margen de la autorización municipal.

En respuesta a esta resolución, el Ayuntamiento nos trasladó informe del Jefe del Servicio Jurídico en el que nos comunicaba que se había dictado Resolución de Alcaldía de 29 de Agosto de 2013, con la que se acordaba imponer una sanción económica al hotel y mantener la clausura de la actividad de café bar con música hasta tanto no se obtuviera su legalización.

En vista de esta resolución de la Alcaldía, entendimos que nuestra resolución había sido aceptada, al haberse desplegado la actividad administrativa que procedía una vez comprobada la existencia de una infracción administrativa y así se lo trasladamos al interesado, aunque le dábamos un plazo de treinta días para que nos presentara sus alegaciones por si fuera necesario realizar nuevas actuaciones con el Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra. Dado que no recibimos respuesta, entendimos que no consideraba necesarias estas gestiones y procedimos a archivar el expediente de queja en la consideración de que nuestra resolución había sido aceptada.

En lo que se refiere a la **queja 12/2478**, la interesada denunciaba que junto a su vivienda se encontraban dos cervecerías, ambas con terraza y veladores, sumando entre las dos unos 100 veladores. En concreto, denunciaba los elevados niveles de ruido generados desde ambas terrazas, habiendo llegado, incluso, a denunciar los hechos ante la Policía Local y el teléfono de emergencias 112 en numerosas ocasiones, pero desconocía si, a pesar de ello, se había abierto expediente sancionador alguno o que el Ayuntamiento hubiera solventado el problema.

El examen de la información remitida por el Ayuntamiento de Sevilla nos llevó a la conclusión, inevitable, de que la mala praxis seguida estaba provocando que a los infractores de la normativa sobre ocupación de la vía pública con sillas y veladores les estuviera resultando económicamente más ventajoso no solicitar la preceptiva licencia y

persistir en la situación de ilicitud antes que asumir los costes de legalizar su situación y abonar las tasas legalmente estipuladas.

Tales hechos, unidos a la falta de incoación de expedientes sancionadores aludida en el considerando segundo anterior, a la aparente falta de tramitación de denuncias y a la también aparente descoordinación existente entre organismos que hoy en día se encuentran íntimamente vinculados y adscritos a una misma Delegación municipal, nos llevó a formular a la Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Sevilla **Recordatorio** de los deberes legales contenidos en los preceptos señalados anteriormente, así como **Recomendación** de incoar, frente a los titulares de los establecimientos hosteleros objeto de la queja, los expedientes sancionadores que procediesen, a tenor de los hechos constatados por los funcionarios municipales respecto a la instalación de terrazas de veladores no amparadas por licencia municipal; también formulamos **Recomendación** en el supuesto en que se constatará la persistencia del incumplimiento de las órdenes de suspensión del uso de terrazas de veladores, ejecutarla de manera subsidiaria y con cargo a la parte incumplidora de la orden y, a tenor de la reiteración de los incumplimientos de las órdenes impuestas y de la comisión de aparentes ilícitos administrativos por parte de los titulares de los establecimientos, valorar la oportunidad de revocar las licencias supuestamente concedidas. Una vez resulte restaurada la legalidad, valorar la incidencia acústica existente sobre la vivienda de la parte afectada, al objeto de ordenar la adopción de las medidas correctoras que resultaran adecuadas.

Tras recibir la respuesta del Ayuntamiento en la misma se nos indicaba, en síntesis, que respecto de uno de los bares se había comprobado que la instalación de veladores no se ajustaba a la licencia concedida, además de la instalación de un toldo que se consideraba no legalizable, por lo que se le había comunicado la necesidad de adoptar las medidas oportunas para la retirada de la misma y, ante su incumplimiento, se había abierto expediente sancionador.

En cuanto al otro bar, igual que el anterior –es decir, la instalación de veladores no se ajustaba a la licencia concedida y la instalación de un toldo no legalizable- se había ordenado la retirada del mismo y, ante su incumplimiento, se había abierto expediente sancionador.

Dimos traslado de esta información a la interesada para que presentara sus alegaciones en las que venía a decir, en síntesis, que el problema no sólo no se había solventado sino que se había agravado, ya que el Ayuntamiento no retiraba los veladores ilegales ni ejecutaba sus órdenes de suspensión, limitándose únicamente a poner multas coercitivas que, por su bajo importe, suponen un menoscabo menor frente a las ganancias que una conducta infractora genera a estos establecimientos. Y, a tales efectos, nos aportaba fotografías de lo que nos decía.

Por todo lo expuesto y aunque el Ayuntamiento nos dijo que aceptaba nuestra resolución, a efectos materiales no habían sido adoptadas las medidas necesarias, por lo que procedimos a incluir la queja en el Informe Anual al Parlamento de Andalucía, pues creemos que, en vista de cuál era la situación tras más de cuatro años de denuncias, que no se habían adoptado medidas adecuadas para dar solución a este problema, puesto que no se daba cumplimiento a las órdenes de ejecución por los infractores, ni tampoco se ordenaba la ejecución subsidiaria por el Ayuntamiento, ni se valoraba la revocación de las licencias concedidas y, tal y como recomendábamos en caso de reiteración en los incumplimientos, se había impuesto alguna multa coercitiva pero sin que hubieran sido

reiteradas por lapsus de tiempo que fueran suficiente para cumplir lo ordenado. En definitiva, el objeto de la multa coercitiva, en los términos en los que está contemplada en el art. 99.1 de la Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, no es otro que garantizar, obligando al sancionado, el cumplimiento de las órdenes de la Administración. Esto, en el presente supuesto, no se había cumplido.

Por ello, como quiera que desde el Ayuntamiento no se habían aplicado todos los medios legales con que se cuenta para poner fin a una situación irregular constatada desde hace bastante tiempo, sino que se incoaban expedientes administrativos de forma ineficaz, dando lugar a la vulneración de derechos constitucionales de la ciudadanía, es por lo que consideramos que no se había aceptado nuestra resolución.

Se trata de un expediente más, de los muchos que hemos tratado desde esta Institución, en el que se ha verificado el no cumplimiento de los servicios que deben velar por hacer eficaz la legalidad en este ámbito cuando la legislación ambiental, la de régimen jurídico de bienes de las entidades locales, la urbanística y la procedimental, pone a disposición de los Ayuntamientos toda una batería de instrumentos legales para garantizar el disfrute de los derechos constitucionales y el cumplimiento de la Ley.

En definitiva, cuatro años después de la denuncia de la interesada, ésta continuaba sufriendo los ruidos que motivaron su denuncia y los hechos que dieron lugar a esta queja continuaban repitiéndose con los mismos o distintos titulares de la actividad, lo que significaba, en la práctica, la no aceptación de nuestras resoluciones, evidenciándose la incapacidad de los servicios de la Gerencia Municipal de Urbanismo para hacer respetar eficazmente la normativa mencionada, trasladamos al Ayuntamiento que esperábamos que, obstatante y con la aplicación de la nueva Ordenanza de veladores, pudiera darse una solución efectiva a problemas y situaciones como la planteada en este expediente de queja.

En esta Institución tramitamos de oficio la **queja 12/6242** en la que nos dirigimos a todos los Ayuntamientos de capitales de provincia de nuestra Comunidad, con objeto de someter a su valoración la conveniencia de que la Orden de la Consejería de Gobernación de 25 de Marzo de 2002, por la que se regulan los horarios de apertura y cierre de los establecimientos públicos en la Comunidad Autónoma de Andalucía, fuera modificada en aras de que tales horarios fuesen modulados en función del tipo de actividad desarrollada y del uso predominante del suelo en el que se emplacen, de forma que pudiera existir una mejor acomodación de los bienes jurídicos en juego y una mayor garantía de protección de los derechos fundamentales de los vecinos de zonas residenciales.

Nos respondieron todos los Ayuntamientos salvo el de Sevilla si bien, entendiendo que se había recibido suficiente información para extraer conclusiones, se procedió a valorar la situación y los datos que poseíamos. En cualquier caso, aunque mayoritariamente por las respuestas recibidas se desprendía que podría ser adecuado que, con carácter general, se fuera más flexible en los horarios en función del tipo de actividades desarrolladas y del uso predominante del suelo en el que se emplazaran, de las respuestas nos ha parecido importante destacar lo siguiente:

1. Que se debe ser cuidadoso con los efectos “colaterales” que puede tener una medida de esta naturaleza (nos referimos a la localización de los establecimientos hosteleros en suelo no residencial) que tiende, o al menos esa es la imagen que puede dar, a ser excesivamente flexible respecto de determinadas actividades que se localicen en

suelos no residenciales. Ello pues si bien la cuestión del ruido, evidentemente, en parte se resuelve, se podrían generar paralelamente otros problemas tal vez no suficientemente evaluados como la segregación social que, en el ámbito del ocio, se puede producir, un excesivo consumo de alcohol o determinados comportamientos que, en la medida de lo posible, deben evitarse.

2. El segundo matiz que permite entrever alguna de las respuestas recibidas es que con los mecanismos existentes en la normativa en vigor, podría alcanzarse el objetivo de que no se conculcara el derecho al ocio y al descanso, si bien ello implica, y sabemos que no es fácil, utilizar todos los resortes que contempla dicha normativa, incluida una eficaz inspección de las actividades que se desarrollan en la calle y del ruido y molestias que generan. Ello, sabemos que es, en la práctica, muy complicado y por esto se inició esta queja de oficio. Es decir, la solución alternativa no es fácil, pero la respuesta tampoco podemos seguir buscándola en normas y modelos de actuación que, hasta ahora, no han dado resultado.

3. Sin duda, a la hora de desarrollar una inspección el mayor problema es cómo determinar la importancia del foco generador del ruido cuando coinciden varios focos y, con la legislación en vigor, aunque no faltan opciones contrarias, es difícil atribuir toda la responsabilidad que generan distintos focos emisores del ruido al titular de la actividad, cuando además el foco se sitúa predominantemente en el exterior. Creemos que *“ante las nuevas situaciones creadas, es preciso encontrar una respuesta proporcionada y adecuada”*.

4. Es incuestionable que la entrada en vigor de la denominada Ley Antitabaco (Ley 42/2010) ha incidido en la proliferación de nuevas terrazas y en la ampliación de las existentes. Por ello no ha faltado, incluso, alguna reflexión que apuesta por una vuelta a la situación anterior.

5. En los espacios donde existe una consolidación del ruido, parece que la apuesta lógica, además de realizar campañas dirigidas a la ciudadanía para que tenga conciencia del abuso que se genera con estas actividades y la repercusión que tiene en el derecho al descanso, pasa por la declaración de Zonas Acústicamente Saturadas. Y a partir de aquí hacer cuantas actuaciones sean necesarias para disminuir los niveles de ruido en estos espacios.

6. Algunos Ayuntamientos han considerado que debe abordarse una reforma normativa para resolver algunas incongruencias o contradicciones que, en la práctica, se puede producir en la aplicación de la Ley 13/1999, de 15 de Diciembre, de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas de Andalucía y el RPCAA y se modifica el Decreto 357/2010, de 3 de Agosto, por el que se aprueba el Reglamento para la Protección de la Calidad del Cielo Nocturno frente a la contaminación lumínica y el establecimiento de medidas de ahorro y eficiencia energética. Nosotros compartimos esta idea pues hay que evitar a toda costa soluciones controvertidas o incompletas a la hora de afrontar los problemas.

7. En fin, no ha faltado el argumento, que creemos que debe tenerse también en cuenta, según el cual, en ocasiones, el problema no es la actividad y su localización, sino el establecimiento en concreto y el público que a él acude, pues hay lugares en los que existiendo una notable concentración de establecimientos hosteleros no se producen estos

problemas. Por tanto, la conclusión, a veces, no es dónde y qué tipo de actividad, sino quién y cómo se desarrolla.

En definitiva, no existe un criterio unánime sobre la bondad de la medida propuesta, aunque mayoritariamente los informes de los Ayuntamientos se muestran favorables a ello.

A la vista de estas conclusiones, y de su valoración conjunta, esta Institución considera que la mejor forma de aprovechar el posicionamiento de los Ayuntamientos, y la experiencia de cada ciudad, es mantenerlo presente de cara a futuras quejas que recibamos relacionadas con esta materia. De esta forma, conforme se vayan acumulando expedientes relativos a la vulneración de derechos fundamentales como consecuencia del desarrollo de actividades hosteleras debido a los horarios de apertura de establecimientos y del suelo en el que se ubiquen, se irán teniendo en cuenta los informes recabados por los Ayuntamientos en esta queja, por si fuera procedente, más adelante, formular resolución en la que, de forma decidida, se propugne una modificación de la normativa que regula los horarios de apertura y cierre de los establecimientos.

En todo caso el problema del ruido producido por los establecimientos que desarrollan actividades de hostelería tienen una enorme entidad en nuestros pueblos y ciudades y las soluciones que conllevan los distintos intereses en juego están hoy por hoy lejos de encontrarse. Y, en este sentido, puede decirse que la efectividad de los derechos constitucionales de los artículos 18, 43 y 45 de la Constitución, no está plenamente garantizada.

En relación con los ruidos que se generaban con motivo de algunos eventos que se celebraban en el Auditorio de La Cartuja, de titularidad pública, en la ciudad de Sevilla, se presentó la **queja 12/3414** en la que, tras verificar las importantes dilaciones producidas en el expediente sancionador que se había iniciado por diferentes motivos contra el titular de su concesión, a lo que se unía la ausencia de un compromiso serio, por parte del Ayuntamiento de Sevilla, de hacer cumplir la legalidad en relación con las distintas disfuncionalidades detectadas, nos vimos obligados, una vez más, además de formular el oportuno **Recordatorio** de deberes legales, **Recomendación** con objeto de que:

a) Se ordenara una investigación para conocer la causa de que, hasta ese momento, las denuncias realizadas incluso por agentes de la autoridad sobre incumplimiento de horarios no hubieran sido tramitadas, así como por la causa de las graves dilaciones que se observaban en la tramitación del expediente.

En todo caso, se debía evitar la caducidad del expediente, toda vez que el propio Director General de Medio Ambiente del citado Ayuntamiento, que firmaba la resolución de inicio del procedimiento sancionador y era el órgano responsable de resolver establecía, como plazo máximo para ello, el de diez meses para dictar la oportuna resolución y notificación.

b) Se determinara el nivel de responsabilidad del concesionario del Auditorio en relación con las obligaciones que, como responsable y adjudicatario del mismo, debía asumir en relación con el mantenimiento del inmueble y la celebración de eventos que hubieran de celebrarse a tenor del Pliego de Condiciones que fue aprobado en su día y que

debía asumir, en su totalidad y sin perjuicio de las responsabilidades en las que, asimismo, pudieran incurrir los promotores de cada uno de estos eventos que allí se celebren.

A estos efectos y en función de las cláusulas establecidas en el Pliego de Condiciones, procedería valorar, previos trámites legales oportunos, si era aconsejable estudiar la posible resolución del contrato por incumplimiento de tales condiciones por parte del concesionario.

c) Se valorara iniciar un expediente sancionador por presunta vulneración, a tenor de los informes existentes, de las normas que rigen el horario de cierre del Auditorio cuando se han celebrado eventos como los que dieron lugar a la queja. Asimismo, que se iniciaran actuaciones respecto de los promotores de las actividades con motivo de las cuales se habían vulnerado, presuntamente, las normas de cierre de horarios y de protección ambiental frente al ruido, con independencia de las responsabilidades que se pudieran derivar por tales hechos por parte del Consorcio del Auditorio.

d) Se inspeccionara el grado de cumplimiento de la normativa sectorial en materia de seguridad y protección en caso de incendios u otras eventualidades de riesgo que pudieran darse en los eventos desarrollados en el Auditorio, y que se encuentren dentro de las competencias del Ayuntamiento.

Por último, formulamos **Sugerencia** en el sentido de que, pese a que parecía ser que el Auditorio poseía licencia de apertura para realizar los eventos que se venían desarrollando, se elaborara un informe técnico sobre si, en la actualidad y dado los usos residenciales existentes en espacios muy próximos al Auditorio, sería necesario adoptar medidas correctoras del impacto acústico que generaban las actividades que se desarrollan en este espacio, a fin de evitar que, incluso en horario autorizado, se puedan producir ruidos cuyo nivel de emisión/inmisión son incompatibles con el respeto a los derechos constitucionales afectados cuando los niveles de calidad acústica no son los permitidos.

En la respuesta que nos remitió el Ayuntamiento, a la que unía el informe del Director General de Medio Ambiente, se decía que parecían muy acertadas nuestras consideraciones y resoluciones dictadas con motivo de la tramitación de este expediente de queja, si no fuera por los medios limitados con que contaba la sección de disciplina del servicio de protección ambiental que venía predeterminada por la Relación de Puestos de Trabajo y la cantidad de actuaciones que se veían obligados a atender.

En relación con esta consideración, manifestamos que, desde nuestra experiencia, era difícil encontrar un departamento dentro del ámbito de la Administración que se considere, asimismo, que cuenta con los medios “*óptimos*” para afrontar sus tareas, pero que nos constaba que la mayoría de las administraciones con las que nos relacionamos, no obstante las limitaciones presupuestarias que siempre existen para dotar los medios personales y materiales a sus departamentos, contaban con los necesarios y adecuados para cumplir sus fines. De hecho, sólo de manera muy excepcional se nos habían justificado las disfuncionalidades para llevar a cabo las actividades administrativas en la falta de tales medios y, cuando lo habían hecho, en la inmensa mayoría de los casos se trataba de municipios con población muy pequeña.

Por consiguiente, entendimos que lo procedente sería ponerlo en conocimiento del departamento que debiera facilitar, si ello fuera necesario, tales medios con el fin de

evitar no sólo la falta de control en este tipo de actuaciones sino, también, la respuesta que debíamos trasladar a los interesados en la tramitación de los expedientes de queja.

No obstante ello, como quiera que ahora, en dos informes recibidos en las mismas fechas se nos estaba dando esta justificación, interesamos que, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 124 de la Ley 7/1985, de 2 de Abril, reguladora de la Ley de Base de Régimen Local -que establece que corresponde a la Alcaldía entre otras, las funciones previstas en las letras b), i), y k)-, que solicitara un informe interno a la mencionada Dirección General a fin de que, desde el conocimiento del problema estructural que poseían, se adoptaran las medidas para que el mencionado servicio afrontara sus competencias, si no de una manera óptima, al menos razonable.

En cuanto al fondo del asunto y en lo que concierne a la aceptación de las resoluciones dictadas por parte de esta Institución y, sin perjuicio del compromiso asumido y mencionado de resolver dentro del plazo establecido por la normativa el expediente sancionador incoado, hicimos la siguiente valoración:

“Valoramos muy positivamente el que se nos informe de que «se va a proceder a formular una nueva imputación al concesionario, no sólo por el resultado de la medición realizada el 14 de julio de 2012 en la que se pudo comprobar que el nivel de emisión de ruidos sobrepasaba en 32 dBA, sino por todos aquellos presupuestos de hechos que constan en el expediente de fechas anteriores (Febrero-Marzo de 2012) relacionados con denuncias por horario de cierre, por excederse de las condiciones de la licencia, por realizar actuaciones en directo en zona anexa al Auditorio, por carecer de indicativo de señales de emergencia, existir dificultades en la salida de evacuación y por carecer de limitador el equipo de sonido». En todo caso y, aunque con este escrito suspendemos actuaciones interesamos nos envíen copia de la resolución del expediente sancionador que, en su caso, se inicie por tales hechos.

Consideramos que se le debe exigir, en los términos en que así lo prevea el contrato de cesión del Auditorio, que la empresa arrendataria, ..., asuma la responsabilidad que le corresponda con motivo de los eventos que allí se celebren y sin perjuicio de lo que, asimismo, corresponda exigir al promotor que, en cada caso, sea responsable de las actividades que se celebren en ese espacio.

Por ello consideramos del máximo interés el que se verifiquen las obligaciones del concesionario en relación con los eventos que organicen terceros en el Auditorio. Por supuesto, si en ese Servicio no poseen el expediente, tal y como nos informaron en la visita que dos Asesores de esta Institución realizaron a ese Servicio, basta con que lo soliciten o una copia del mismo al Servicio del Ayuntamiento donde esté depositado.

Por todo ello, entendimos que sólo parcialmente se había aceptado nuestra resolución, por lo que procedimos a incluir la queja en el Informe Anual al Parlamento de Andalucía, advirtiendo lo siguiente: *“además de los importantes problemas organizativos que posee esa Dirección General y que impiden ejercer las tareas encomendadas de acuerdo con los principios constitucionales y estatutarios de legalidad y eficacia, del riesgo de que hechos de esta naturaleza se repitan, incluso, otros con consecuencias de más entidad, pues creemos que la situación descrita en el expediente de queja exige que se*

diera curso al contenido íntegro de las resoluciones adoptadas. En cualquier caso esta Institución continuará tramitando las quejas que se presenten por las presuntas vulneraciones que puedan producirse de los derechos constitucionales a un medio ambiente adecuado, a la protección de la salud, y a la intimidad personal y familiar en el domicilio, con motivo de la celebración de actividades que se puedan desarrollar en este Auditorio en un futuro. Esperamos, en todo caso, que esa Dirección General, si se repiten hechos o situaciones como las que motivaron la tramitación de este expediente de queja, realice las actuaciones oportunas para garantizar tales derechos”.

En la **queja 12/3687**, el interesado señalaba que desde 2003 venía denunciando ante el Ayuntamiento de Puente Genil (Córdoba) la posible comisión de ilícitos administrativos de un bar, sin que el Ayuntamiento hubiera actuado.

Por nuestra parte y después de formular a la Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Puente Genil **Recordatorio** de deberes legales, le formulamos **Recomendación** de que incoara, frente al titular del establecimiento objeto de la queja, el correspondiente expediente sancionador derivado del desarrollo de una actividad sin haber superado el preceptivo trámite de calificación ambiental, adoptando las medidas provisionales que resultaran pertinentes y que verificara que la solicitud de actuación subsidiaria dirigida a la Administración autonómica reuniera los requisitos establecidos por el RPCAA y, en su caso, adoptara cuantas actuaciones resultaran oportunas para su subsanación. También formulamos **Recomendación** para que iniciaran los trámites oportunos al objeto de hacerse con los medios personales y materiales precisos para dar cumplimiento a las exigencias contenidas en el RPCAA.

La respuesta que nos remitió el Ayuntamiento indicaba que aceptaba nuestras resoluciones, por lo que procedimos a dar por concluidas nuestras actuaciones en esta queja.

En esta Institución también hemos tramitado la **queja 12/3903** en la que la interesada, en representación de una plataforma vecinal contra los elevados niveles de ruido, denunciaba la situación concreta de la actividad de una terraza de un bar de copas, situada en la zona de Plaza de Armas de Sevilla, donde venía padeciendo, durante varios fines de semana, los ruidos emitidos. Asimismo, nos decía que la madrugada del viernes 30 de Junio de 2012, los agentes de la policía local adscritos a la llamada Línea Verde habían denunciado la actividad a las 3,45 horas de la noche, sin efecto alguno puesto que durante la semana siguiente el establecimiento anunció un concierto al aire libre que estuvo emitiendo ruidos hasta las 6 de la mañana, lo que generó nuevas llamadas al 112 sin que nadie del Ayuntamiento acudiera. Asimismo, también nos hacía llegar que en fecha de 11 de Julio de 2012 se formularon dos denuncias en el Departamento municipal de Medio Ambiente sin que surtieran efecto alguno, ya que el viernes día 13 de Julio de 2012 se soportaron nuevos escándalos hasta pasadas las 6 de la madrugada, dándose además las circunstancias de que el volumen había subido a partir de las 5.

Tras recibir los informes interesados, dos Asesores de esta Institución se personaron en las oficinas de la Delegación Municipal de Medio Ambiente del Ayuntamiento de Sevilla, verificando, una vez más, la situación de extrema pasividad con la que se tramitan los expedientes y demás actuaciones relacionadas con denuncias de esta naturaleza, generadas por establecimientos en los que se realizan actividades que provocan contaminación acústica.

Por esta causa, formulamos a la Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Sevilla **Recordatorio** del deber de observar lo establecido en los artículos 103, aptdo. 1, de la Constitución, 31 y 133 de la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de Marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía, y 3 de la Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, fundamentalmente en lo que concierne a los principios de eficacia y eficiencia en la actuación administrativa y buena administración, habida cuenta de las dilaciones que se observan en la tramitación del expediente sancionador incoado al establecimiento objeto de la queja, pues desde que se dictara el acuerdo de inicio en fecha de 5 de Septiembre de 2012, no se había producido ningún trámite posterior, así como del deber legal previsto en el art. 127 y siguientes de la LGICA, habida cuenta de que, con la denuncia formulada, entendimos que hubiera sido adecuado personarse en el local a fin de realizar las mediciones a que hubiera lugar y si, a resultas de las mismas, se vulneraba la normativa, tramitar, también, expediente sancionador por infracción de lo previsto en el art. 137.f) o 138.d), en función de la superación de los valores límites de emisión acústica establecidos que, en su caso, hubieran tenido lugar.

Es decir, con independencia de que este local no estuviera autorizado para poseer el equipo de música con el que contaba, creemos que además se debió realizar una medición en el lugar para, en definitiva, verificar el volumen de emisión.

También formulamos **Recordatorio** del deber legal de observar el art. 11 LEPARA habida cuenta de que, ante la denuncia realizada, se debió inspeccionar este local a fin de determinar si por su horario de cierre estaba incurriendo en una falta grave a tenor de lo establecido en el art. 20.19 de la propia LEPARA. Por último, formulamos **Recomendación** para que:

1. Por parte del órgano competente del Ayuntamiento, se dieran las instrucciones oportunas para que se impulsara el procedimiento a fin de que se dictara la resolución que procediera y se llevara a término su ejecución.

2. Se investigara la causa de los retrasos que se observaban en la tramitación del expediente, informando a la Institución si ello era debido a la insuficiencia de medios personales y técnicos para atender el normal desenvolvimiento de las tareas encomendadas a la Delegación Municipal de Medio Ambiente en el procedimiento de la protección ambiental o a otras causas.

3. Se adoptaran las medidas oportunas a fin de verificar si transcurrido el plazo previsto en la resolución de inicio del expediente sancionador, se procedió a retirar el equipo de música por el titular de la actividad y, en caso contrario, si lo llevó a cabo el Ayuntamiento.

4. Se procediera a inspeccionar en aquel momento al local a fin de determinar si cumplía con los horarios de cierre y si la música que se emitía en el mismo respetaba los valores límites acústicos establecidos.

Con independencia de todo ello, también interesamos que nos informaran del horario de cierre autorizado al establecimiento en cuestión.

Recibimos la respuesta del Ayuntamiento de Sevilla, pero, y así se lo indicamos a la Alcaldía-Presidencia en el momento de dar por concluidas nuestras actuaciones,

respecto del Recordatorio de deberes legales y Recomendación realizadas con motivo de las graves dilaciones que se observaron en la tramitación del expediente sancionador incoado por vulneración de la normativa ambiental, no se aportaba información adicional alguna a la ya obtenida por esta Institución que justificara que, habiéndose dictado una resolución por parte de la Dirección General de Medio Ambiente del Ayuntamiento de Sevilla, el 5 de Septiembre de 2012, por la que se acordaba el inicio del procedimiento sancionador, no se hubiera realizado ni un solo trámite adicional, del que existiera constancia en el expediente, al tiempo de personarse los Asesores de esta Institución en dicha dependencia municipal en Abril de 2013.

Esta Institución puede entender que la insuficiencia de medios personales puede tener como consecuencia, durante un tiempo, que la tramitación de un expediente, cualquiera que sea su naturaleza, no se tramite con la eficiencia adecuada, pero las dilaciones observadas en este supuesto y en otros expedientes tramitados en el pasado en esta Institución, no determinaban que nos encontráramos ante una situación excepcional, sino más bien ante un problema estructural que exigiría una toma de decisiones a corto plazo tendentes a garantizar que los servicios adscritos a esa Dirección General tengan una capacidad de respuesta adecuada, es decir, eficiente y proporcional a las violaciones de los derechos constitucionales de la ciudadanía que se producen con motivo de la vulneración de la normativa ambiental.

Por otro lado, no llegamos a entender en qué supuestos son los que, aplicando el concepto jurídico indeterminado de “*casos más graves*”, sí actúan de manera eficaz, pues el caso que nos ocupaba nos parecía que tenía suficiente entidad para que se hubiera intervenido, pues además de las emisiones acústicas más allá de los parámetros permitidos, de la instalación de equipos de sonidos no autorizados, del incumplimiento de la orden de retirada de los mismos pese a la advertencia de clausura, se estaban incumpliendo, como verificó la Policía Local, los horarios de cierre. Ello, con la consecuencia de que además de seguir actuando de manera aparentemente impune, al no cumplirse ni ejecutarse los actos administrativos, traía consigo que se creara la imagen en la ciudadanía de que sus derechos constitucionales a un medio ambiente adecuado, art. 45 CE, a la protección de la salud, art. 43 CE y a la intimidad personal y familiar, art. 18 CE, no pueden ser tutelados pese a la existencia de un amplio y completo régimen jurídico aprobado por el legislador para proteger tales derechos.

Por otro lado, nada se nos decía sobre los motivos por los que no se incoó expediente sancionador por el incumplimiento de los horarios de cierre de este local, pese a las denuncias realizadas por la propia Policía Local, toda vez que si bien, efectivamente, la competencia para vigilar estos horarios y formalizar las denuncias corresponde a la Policía entendemos que la tramitación de los expedientes sancionadores por incumplimiento de horario de cierres corresponde en principio a la Dirección General de Medio Ambiente del Ayuntamiento.

De acuerdo con todo ello y entendiendo que nuestras resoluciones no habían sido atendidas, procedimos a incluir el expediente de queja en el Informe Anual al Parlamento de Andalucía, destacando, en este caso, que sí se había recibido respuesta del Ayuntamiento de Sevilla a nuestra resolución; con ello, dimos por concluidas nuestras actuaciones en este expediente de queja.

2.1.1.3. Otras cuestiones relacionadas con la contaminación acústica.

Junto a los ruidos generados por la actividad hostelera, también se producen otros supuestos de contaminación acústica que tienen su origen en distintas fuentes y que motivan la presentación de quejas por parte de las personas afectadas. A veces, el problema se centra, a efectos de actuación administrativa, cuándo estamos en un asunto estrictamente jurídico privado entre particulares y cuándo deben intervenir las Administraciones Públicas.

Así, en la **queja 13/2871**, el interesado denunciaba el elevado nivel de ruidos que soporta en su vivienda, procedentes del ascensor de su bloque, y la falta de respuesta del Ayuntamiento de Benalmádena (Málaga) a sus reiteradas solicitudes de intervención municipal. Siempre según el interesado, desde el año 2003 viene soportando en su vivienda elevados niveles de ruidos procedentes de la maquinaria del ascensor de su bloque, motivo por el cual había solicitado a aquel que ejercitara las competencias que tiene en materia de protección contra el ruido.

Con tales antecedentes, la queja expuesta fue admitida a trámite e interesada la colaboración del Ayuntamiento, al que se solicitó el preceptivo informe, que nos fue debidamente remitido, en el que se comunicaba que la problemática expuesta constituía *“un tema privado y por consiguiente se le ha dado traslado de la presente a la Comunidad de Propietarios”*.

Ante este hecho, trasladamos al Ayuntamiento que entendíamos que tanto la LR, como la LGICA y el RPCAA, constituyen un marco normativo que atribuye a los municipios determinadas competencias para, en términos del artículo 1 de la LR, prevenir, vigilar y reducir la contaminación acústica, y para evitar y reducir los daños que de ésta puedan derivarse para la salud humana, los bienes o el medio ambiente. Asimismo, trasladamos que estas competencias alcanzan a todos los emisores acústicos, de titularidad pública o privada, a salvo de las excepciones previstas en el artículo 2.2 de la LR y en el artículo 2, letras a), b) y c) del RPCAA, entre las cuales cabe destacar las actividades domésticas o los comportamientos vecinales cuando el ruido producido se mantenga dentro de los límites tolerables de conformidad con las ordenanzas municipales y los usos locales.

Por tanto, conforme a lo argumentado, no cabía considerar que el ruido generado por un ascensor de un bloque de viviendas, en cuanto que actividad doméstica o comportamiento vecinal, está en todo caso excluido del ámbito de aplicación de las normas sobre protección contra el ruido; únicamente quedaría excluido si se encuentra dentro de los reiterados límites tolerables de conformidad con las ordenanzas municipales y los usos locales. Pero para conocer este extremo, los Ayuntamientos tienen competencias para medir y evaluar.

A mayor abundamiento de lo expuesto, era preciso también tener presente la Ordenanza General de Convivencia Ciudadana y Vía Pública del Ayuntamiento, que tiene entre su objeto (artículo 1.4) «las actividades y los comportamientos de los residentes u ocupantes de edificios o terceras personas que se realicen en edificios, instalaciones o recintos de titularidad privada, siempre que estas actuaciones afecten a la estética de las edificaciones, la convivencia ciudadana y el medio, sin perjuicio de la reserva de las acciones por daños y perjuicios que puedan corresponder a los particulares perjudicados».

En concreto, los artículos 19 y siguientes de esta Ordenanza regulan el comportamiento o conducta de los ciudadanos respecto a los ruidos. Precisamente el artículo 19 establece que «la competencia para velar por la calidad sonora del medio urbano

regulado por esta Ordenanza excluye los ruidos derivados de actividades comerciales e industriales, y los usos producidos a motor, que son regulados por su Ordenanza específica». Es decir, que la competencia municipal incluye la producción de ruidos en el interior de los inmuebles –así lo incluye expresamente el artículo 20 de la Ordenanza- el cual «se mantendrá dentro de los límites del respeto mutuo». Apreciábamos, de este modo, que la normativa municipal sí que contemplaba la intervención administrativa en supuestos que podrían ser de naturaleza privada.

Tanto es así que este límite del “*respeto mutuo*”, según el artículo 21 de la Ordenanza, afecta a ruidos originados por la voz humana o por la actividad directa de personas, animales, aparatos domésticos, aparatos e instrumentos musicales o acústicos, instalaciones de aire acondicionado, ventilación o refrigeración y ruidos similares. Y se añadía en dicho precepto que «el ámbito de esta limitación comprende el interior de las viviendas y los espacios comunes, así como patios, terrazas, galerías, balcones y otros espacios abiertos de los edificios». Recordemos que el supuesto objeto de este expediente de queja venía constituido por ruidos en el interior de una vivienda producidos por un ascensor común del edificio.

De acuerdo con este criterio, formulamos a la Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Benalmádena **Recordatorio** del deber legal de ejercer las competencias municipales reguladas en la LR, LGICA y RPCAA en relación con cualquier infraestructura, instalación, maquinaria o proyecto de construcción, así como en relación con las actividades de carácter público o privado, incluidas o no en el Anexo I de la LGICA, que se pretendan llevar a cabo o se realicen en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía y produzcan o sean susceptibles de producir contaminación acústica por ruidos o vibraciones, con las excepciones previstas en la normativa, incluidas las actividades domésticas o los comportamientos de los vecinos, cuando la contaminación acústica producida por aquellos no se mantenga dentro de límites tolerables de conformidad con las ordenanzas municipales y los usos locales, así como del deber legal de ejercer las competencias municipales reguladas en la Ordenanza General de Convivencia Ciudadana y Vía Pública en lo que afectara a la producción de ruido en el interior de los inmuebles.

También formulamos **Recordatorio** de los deberes legales previstos en el artículo 12 de la Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, según el cual la competencia es irrenunciable y se ejercerá precisamente por los órganos administrativos que la tengan atribuida como propia, salvo los casos de delegación o avocación, cuando se efectúen en los términos previstos en ésta u otras leyes y del deber legal, para el caso de que el Ayuntamiento no contara aún con una norma adaptada a la normativa vigente (pues pese a reiteradas llamadas telefónicas no había sido posible confirmar este extremo), de aprobar una Ordenanza Municipal de Protección contra la Contaminación Acústica en el marco de la LR, de la LGICA y del RPCAA; o bien de adaptar a dicho marco normativo la Ordenanza Municipal contra la emisión de ruidos y vibraciones de 1988.

Por último, formulamos **Recomendación** para que se impulsara la necesaria medición acústica, sin más demoras ni dilaciones injustificadas, solicitada por el promotor de la queja, con el fin de conocer si la contaminación acústica que sufría en su vivienda, por ruido y vibraciones del ascensor de su bloque, respetaba los límites previstos en el RPCAA y se mantenía dentro de límites tolerables de conformidad con las ordenanzas municipales y los usos locales, solicitando, si fuera necesario, la asistencia material necesaria de la

Diputación Provincial de Málaga para realizar la medición acústica para el caso de que el Ayuntamiento no dispusiera de medios suficientes para ello.

Asimismo, formulamos también **Recomendación** para que se impulsara la aprobación de una nueva Ordenanza municipal contra la contaminación acústica, o para que la adaptación de la ordenanza de 1988 al marco normativo vigente, se produjera, previos los trámites legales oportunos, con la máxima celeridad posible.

En su respuesta, el Ayuntamiento nos trasladaba, entre otras cuestiones, que la promotora del edificio ya había indemnizado al interesado *“para subsanar los ruidos de los motores de los ascensores, quedando así resuelta la incidencia descrita”*, por lo que la Corporación Local consideraba que no resultaba procedente la intervención pública en un asunto de esta naturaleza, por lo que dimos traslado de esta información al interesado para que presentara las alegaciones y consideraciones que creyera oportunas.

Una vez que recibimos las mismas, entendimos que la problemática habría quedado resuelta con el ejercicio de acciones civiles contra la promotora de su vivienda. Por lo tanto, consideramos que no procedía exigir en este caso la intervención municipal por cuanto, sin perjuicio de que el Ayuntamiento también tiene competencias en la materia, el interesado había optado en su momento por la vía jurídico privada para la resolución de este asunto, vía en la que -según parecía desprenderse- se había obtenido el resarcimiento necesario para darle una solución al problema de ruidos del ascensor al haberse acreditado, suponemos, deficiencias constructivas en materia de aislamiento contra ruidos.

Una problemática similar es la que planteaba el interesado de la **queja 12/2317**, que nos exponía que desde Mayo de 2011 venía denunciando ante el Ayuntamiento de su localidad, Lahiguera (Jaén), las molestias, por ruidos y vibraciones, que le provocaba la puerta del garaje del inmueble en el que residía, cuyo conjunto, motor y puerta flotante estaba anclados en el forjado (techo planta baja) del bajo izquierda (frente a fachada) del edificio. Siempre según el interesado, durante la apertura y/o cierre de la misma, ésta transmite vibraciones a la estructura y ruido aéreo que se percibía en toda la vivienda de la primera planta, y en mayor grado en el dormitorio de su hija de 10 años, perturbando el descanso, estudio y ocio de la niña, hasta tal punto que ésta, durante las horas de descanso nocturno, se despertaba con sobresalto, debido al ruido repentino, continuo (en intensidad o en tono) y de impacto que la apertura y/o cierre de la citada puerta ocasionaba.

Tras dirigirnos al Ayuntamiento de Lahiguera, éste nos comunicó, entre otras cuestiones, que la puerta en cuestión era la que se instala normalmente, que no se apreciaba en su funcionamiento ninguna disfuncionalidad y que se accionaba de forma automática, por lo que no tenía ninguna manipulación que pudiera ocasionar movimiento incontrolado.

Trasladamos al Ayuntamiento nuestras consideraciones sobre esta cuestión, pues de conformidad con lo previsto en el art. 50.1 del ya derogado Decreto 326/2003, de 25 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Protección contra la Contaminación Acústica en Andalucía, «Las denuncias que se formulen por incumplimiento de las normas de calidad y prevención acústica darán lugar a la apertura de las diligencias correspondientes, con la realización de la correspondiente inspección medioambiental, con el fin de comprobar la veracidad de los hechos denunciados y, si es necesario, a la

incoación de un expediente sancionador al responsable, notificándose a los denunciantes la iniciación o no del mismo, así como la resolución que recaiga, en su caso».

Dicha inspección ambiental consistía, a tenor de lo dispuesto en los artículos 48 y 49 del citado Decreto, en la realización de una inspección acústica por medio de la cual poder determinar si los niveles sonoros registrados superan o no los límites máximos fijados por la normativa de aplicación.

El Decreto 326/2003 fue derogado por el vigente RPCAA y se modifica el Decreto 357/2010, de 3 de Agosto de 2010, que aprueba el Reglamento para la Protección de la Calidad del Cielo Nocturno frente a la contaminación lumínica y el establecimiento de medidas de ahorro y eficiencia energética. Pues bien, según lo dispuesto en el art. 55 RPCAA «Las denuncias que se formulen por incumplimiento de las normas de calidad y prevención acústica darán lugar a la apertura de las diligencias correspondientes, con la realización de la inspección medioambiental, con el fin de comprobar la veracidad de los hechos denunciados y, si es necesario, a la incoación de un procedimiento sancionador a la persona responsable, notificándose a las personas denunciantes la iniciación o no del mismo, así como la resolución que recaiga, en su caso».

Tales inspecciones medioambientales deben ser efectuadas con los medios humanos y materiales necesarios y además, la valoración de los índices acústicos se determinará únicamente mediante mediciones, sin perjuicio de los cálculos que sea necesario realizar a partir de estas mediciones. Todo ello, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 46 RPCAA.

No obstante lo anterior, y atendiendo a la información obrante en el expediente, que ahora tratamos, no parecía que por parte del Ayuntamiento se hubiera efectuado inspección medioambiental en la forma requerida, a pesar de las denuncias existentes sobre los ruidos producidos por la puerta del aparcamiento situado en los bajos de la vivienda del promotor de la queja y de que es el citado Ayuntamiento quien ostenta las competencias en la materia. La ausencia de tales inspecciones acústicas, a juicio de esta Institución, impedía que se pudiera determinar de manera exhaustiva el grado de afección sonora existente y las medidas que, en su caso, deberían exigirse.

Además, creíamos que en el supuesto en que hubiesen concurrido en el Ayuntamiento circunstancias personales o materiales que impidiesen la realización de tales inspecciones por técnicos municipales, éstas podrían haberse salvado interesando la actuación de entidades supramunicipales o incluso de la Delegación Territorial de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente, en base a lo dispuesto en la normativa básica del régimen local y en la Orden de la Consejería de Medio Ambiente de 29 de Junio de 2004, por la que se regulan los técnicos acreditados y la actuación subsidiaria de la Consejería en materia de Contaminación Acústica.

Por todo ello, formulamos a la Alcaldía-Presidentencia del Ayuntamiento de Lahiguera **Recordatorio** de los deberes normativos contenidos en los preceptos citados anteriormente, así como **Recomendación** para que, a la mayor brevedad posible, fuera efectuada una inspección acústica sobre los niveles de ruidos generados por la puerta objeto de la queja, acorde con lo dispuesto en la normativa vigente sobre protección contra la contaminación acústica. También formulamos **Recomendación** para que, una vez determinado el grado de afección sonora, se actuara conforme a las exigencias previstas en

la normativa citada, velando por el cumplimiento de la misma y garantizando los derechos fundamentales de los ciudadanos que podrían verse afectados por prácticas ilícitas.

En su respuesta, el Ayuntamiento, aceptando nuestra resolución, había requerido la realización de las inspecciones oportunas, por lo que dimos por concluidas nuestras actuaciones en esta queja.

En otras ocasiones ha sido el ruido de las denominadas “botellonas” lo que ha llevado la ciudadanía a presentar queja. Así ocurrió en la **queja 12/4920** en la que la interesada exponía, de forma textual, lo siguiente:

"Que desde hace ya varios años, coincidiendo con la Feria y Fiestas de la Vendimia de Villanueva del Ariscal, viene organizándose una "botellona" que afecta indistintamente a los aledaños de los límites de los términos municipales de Espartinas y Villanueva del Ariscal, municipios ambos de la provincia de Sevilla, donde se sitúa mi vivienda habitual. Este año (2012) dicha "botellona" ha reunido a más de quinientas personas y a numerosos vehículos durante las madrugadas del 31 de Agosto y 1 y 2 de Septiembre. Ello ha ocasionado importantes destrozos en mi vivienda y cuantiosas agresiones personales en forma de insultos y ataques con lanzamiento de botellas, además de la reiterada obstaculización en el acceso a mi domicilio y el consiguiente daño psicológico provocado por tres madrugadas de tensiones y vigilia.

Tal situación, que como se ha dicho viene repitiéndose desde años atrás, se puso previamente en conocimiento del Alcalde de Villanueva del Ariscal (24 de Agosto de 2012, una semana antes de los hechos) e inmediatamente que se produjo se denunció de manera reiterada a las policías locales de Villanueva del Ariscal y Espartinas, a los servicios de emergencias (092 y 112) y a la Guardia Civil (062), sin que en ningún caso se pusieran los medios necesarios para solucionar y/o atajar el problema".

Tras recibir los oportunos informes, manifestamos que, a nuestro juicio, los Ayuntamientos tienen plena competencia para impedir y sancionar este tipo de actividades, a tenor de lo previsto en el art. 16 de la Ley 7/2006, de 24 de Octubre, sobre potestades administrativas en materia de determinadas actividades de ocio en los espacios abiertos de los municipios de Andalucía (conocida como “Ley antibotellón”), sin perjuicio de que, en función de la situación creada, parecía muy necesaria y oportuna la presencia de los agentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, en este caso la Guardia Civil, en el ejercicio de sus competencias en virtud de lo previsto en la Ley Orgánica 2/1986, de 13 de Marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Por todo ello, formulamos a las Alcaldías-Presidentencias de los Ayuntamientos de Villanueva del Ariscal y Espartinas **Sugerencia** en el sentido de que, siendo más que previsible que acontecimientos como los que habían dado lugar a la tramitación de esta queja se podían llegar a repetir, con motivo de la Feria y Fiesta de la Vendimia de Villanueva del Ariscal, y a fin de evitar que los mismos se volvieran a producir con los riesgos que ello conlleva no sólo para los participantes, sino también para los agentes de la Policía Local de los municipios afectados y agentes de la autoridad que intervengan, así como terceras personas que resulten de uno u otro modo afectados, se establezca un mecanismo de coordinación y colaboración entre las Policías Locales de los municipios de Espartinas y de

Villanueva del Ariscal y la Guardia Civil a fin de evitar, con un adecuado criterio de proporcionalidad, tales hechos. Todo ello dentro del marco de los siguientes artículos:

- 103.1 de la Constitución, según el cual la Administración Pública sirve con objetividad los intereses generales y actúa de acuerdo con, entre otros, el principio de eficacia.

- 51.3 y 53.1 g) y h) de la Ley Orgánica 2/1986, de 13 de Marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, en cuya virtud, respectivamente, el cuerpo de Policía Local sólo podrá actuar en el ámbito territorial del municipio respectivo, salvo en situaciones de emergencia y previo requerimiento de las autoridades competentes; deberán ejercer sus competencias de efectuar diligencias de prevención y cuantas actuaciones tiendan a evitar la comisión de actos delictivos en el marco de colaboración establecido en las Juntas de Seguridad y deberán vigilar los espacios públicos y colaborar con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y con la Policía de las Comunidades Autónomas en la protección de las manifestaciones y el mantenimiento del orden en grandes concentraciones humanas, cuando sean requeridos para ello.

- 10 de la Ley 7/1985, de 3 de Abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, que establece en sus apartados 1 y 2, respectivamente, que la Administración local y las demás Administraciones públicas ajustarán sus relaciones recíprocas a los deberes de información mutua, colaboración, coordinación y respeto a los ámbitos competenciales respectivos, y que procederá la coordinación de las competencias de las entidades locales entre sí y, especialmente, con las de las restantes Administraciones públicas, cuando las actividades o los servicios locales trasciendan el interés propio de las correspondientes Entidades, incidan o condicionen relevantemente los de dichas Administraciones o sean concurrentes o complementarios de los de éstas.

Como respuesta a esta resolución, los dos Ayuntamientos nos comunicaron que se iban a reunir, junto a la Guardia Civil, para establecer mecanismos de coordinación y adoptar los acuerdos necesarios para evitar que se vuelvan a producir hechos de esta naturaleza. Con ello entendimos que se había aceptado nuestra resolución, por lo que dimos por concluidas nuestras actuaciones.

Otras veces, son determinadas actividades de establecimientos empresariales los que originan el ruido que motivan las quejas. Así ocurrió en la **queja 12/3409** en la que el interesado denunciaba los elevados niveles de ruido que tenía que padecer procedentes de un centro de lavado y aspirado de vehículos próximo a su vivienda, en la ciudad de Almería.

En particular, el interesado nos decía en su escrito que el establecimiento en cuestión permanecía abierto 24 horas al día, todos los días del año, que sufría molestias como consecuencia de los elevados niveles de ruido que se generan durante el proceso de lavado y aspirado de los vehículos, especialmente cuando el mismo se desarrolla en horario nocturno. Asimismo, nos contaba que los principales problemas se generaban cuando los clientes del establecimiento sacuden sus alfombras mediante un proceso de golpeo contra unas infraestructuras metálicas, cuando ponen música a un volumen excesivo y cuando el agua a presión impacta contra la carrocería de los vehículos. Finalmente, nos decía que en diversas ocasiones había puesto los hechos en conocimiento del Ayuntamiento pero que éste no había solventado el problema.

Tras admitir a trámite la queja e interesar el preceptivo informe, hasta transcurridos 11 meses no recibimos la respuesta del Ayuntamiento de Almería, que nos remitía copia del expediente tramitado por la Gerencia Municipal de Urbanismo a raíz de las denuncias del interesado, comprensivo de todas las actuaciones realizadas. De todos los antecedentes de la queja se desprendía que el origen de los ruidos nos llevaba a la conclusión de que la problemática denunciada por el promotor de la queja tenía su origen, fundamentalmente, en un uso inadecuado que muchos usuarios de este centro de lavado hacían de sus instalaciones, limpiando sus vehículos en horas nocturnas y/o de descanso con la música a un alto volumen, o sacudiendo sus alfombrillas golpeándolas contra elementos metálicos, generando igualmente ruidos. La solución a esta problemática, por tanto, podría venir –una vez determinado el régimen horario al que este establecimiento estaba autorizado- por la limitación del horario de apertura, en caso de que estuviera autorizada su apertura para 24 horas, con objeto de garantizar un número de horas de cierre en el que no se pudiera acceder a las instalaciones.

De acuerdo con ello y con la valoración que realizamos de los hechos, formulamos a la Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Almería **Recomendación** para que, a la vista de la comprobación por parte de la Policía Local de los elevados niveles de ruido procedentes del centro de lavado y aspirado de vehículos objeto de esta queja, generados por los usuarios del mismo, se adoptaran las medidas correspondientes con objeto de:

1. Verificar que la actividad del establecimiento objeto de esta queja contaba con la preceptiva licencia y que se desarrollaba con plena conformidad a la calificación ambiental otorgada en su momento, así como que estuviera en funcionamiento todas las medidas correctoras que, en su caso, se impusieran en su momento.

2. Ello no obstante, en caso de que se apreciara que la actividad no contaba con la pertinente licencia, o no se acomodaba a lo autorizado, que se procediera en consecuencia, conforme a las disposiciones de la LGICA y el Decreto 297/1995, de Calificación Ambiental de Andalucía.

3. En caso de verificarse la plena adecuación de la actividad a la Calificación Ambiental concedida y de sus medidas correctoras, que se comprobara si el entorno actual de este establecimiento hacía aconsejable la revisión de dicha Calificación, previos trámites legales oportunos, con objeto de acomodar el desarrollo de la actividad y la utilización que hacían los usuarios a la normativa sobre protección de la contaminación acústica (LR, RPCAA y Ordenanza municipal sobre protección del medio ambiente contra ruido y vibraciones).

4. Que se realizara la medición acústica que garantizara que la actividad, en condiciones de uso normal, no sobrepasaba los límites de ruido legalmente permitidos, conforme a la normativa vigente sobre protección acústica y conforme a los criterios técnicos fijados por la Gerencia Municipal de Urbanismo.

5. En todo caso, que se analizara el horario de apertura autorizado para este establecimiento y que se valorara si la solución a la problemática de ruidos, que había quedado patente tras la comprobación de la Policía Local, pudiera venir dada, previos los trámites legales oportunos, por la obligación de cierre a determinadas horas nocturnas y/o en determinados días, en cuyo caso podía adoptarse alguna de las medidas previstas en las

ya citadas LR y, especialmente, en el RPCAA. Ello, para el caso de que el horario autorizado fuera el de 24 horas, todos los días del año.

6. Que se adoptaran las medidas oportunas, incoando el correspondiente expediente administrativo sancionador y, en su caso, las medidas provisionales que fueran procedentes, para el supuesto de que se comprobara que el establecimiento en cuestión tuviera autorizado un horario más restrictivo al que permanecía abierto.

Creíamos que ésta era la única forma de hacer compatible el ejercicio de una actividad mercantil con el respeto a los derechos que pudieran verse vulnerados como consecuencia de elevados niveles de contaminación acústica, que son, según reiterada jurisprudencia, el derecho a la intimidad personal y familiar, el derecho a la inviolabilidad del domicilio, el derecho a la salud y el derecho a un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona.

A la vista del contenido del escrito que nos remitió el Ayuntamiento de Almería, entendimos que sólo parcialmente se habría dado cumplimiento a las recomendaciones formuladas, toda vez que no nos permitió tener la certeza de que se hubiera verificado, en la forma y medios que exigía la normativa, si los ruidos que se producían como consecuencia de la actividad que desarrollaban los clientes superaban los límites establecidos en horario normal.

Por último, destacamos también la **queja 11/4779**, en la que una ciudadana del municipio almeriense de Garrucha denunciaba las molestias que venía sufriendo como consecuencia de los elevados niveles de ruido generados por una banda de música que diariamente ensayaba, hasta las 23 horas, a poca distancia de su vivienda. Siempre según la interesada, había intentado lograr una solución amistosa al conflicto comentándolo, en primera instancia, con la dirección de la citada banda y, en segunda, con el Ayuntamiento, pero tales intentos habían resultado infructuosos y las molestias se seguían sucediendo.

En el curso de nuestra actividad supervisora, esta Institución constató que desde hace tiempo en numerosos municipios andaluces se vienen generando controversias como consecuencia de las protestas de algunos vecinos por los elevados niveles de ruido generados por bandas de música durante sus ensayos.

A este respecto, nos parece importante reseñar que la existencia de tales bandas de música, no sólo forma parte de la tradición cultural de nuestros municipios, sino que constituye, además, un mecanismo de gran utilidad para el fomento de nuestras tradiciones y para el desarrollo cultural y musical de la ciudadanía. Todo ello, sin olvidar el especial papel que estas agrupaciones musicales desempeñan en relación con los más jóvenes, para los que suponen la posibilidad de acceder a una oferta de ocio que se presenta como alternativa a las actualmente imperantes en la sociedad, excesivamente centradas en el consumo de alcohol.

En este sentido, conviene recordar que el artículo 33 de nuestro Estatuto de Autonomía consagra como derecho de la ciudadanía «el acceso a la cultura, al disfrute de los bienes patrimoniales, artísticos y paisajísticos de Andalucía, al desarrollo de sus capacidades creativas individuales y colectivas».

Asimismo, el citado Estatuto, en su artículo 37.1.18 declara como principio rector de las políticas públicas la conservación y puesta en valor del patrimonio cultural, histórico y

artístico de Andalucía. Cualquier actuación tendente a fomentar y preservar las bandas de música, como manifestación de la cultura popular andaluza y forma de ocio, merece nuestro apoyo y nuestro mas decidido aliento.

No obstante lo anterior, el respeto de tales derechos y el cumplimiento de tal principio rector no debería suponer necesariamente una afección negativa para otro derecho también reconocido en el Estatuto de Autonomía, como es el derecho a vivir en un medio ambiente equilibrado, sostenible y saludable, así como a disfrutar de la necesaria paz y sosiego en la intimidad del domicilio familiar.

Por ello, esta Institución tiene la plena convicción de que pueden resultar perfectamente compatibles el derecho a la intimidad personal y familiar y a disfrutar del medio ambiente, que invoca la parte promotora de la queja, con el derecho al desarrollo de las capacidades creativas y al acceso y disfrute de la cultura, que simbolizaba la actividad de la banda de música.

De acuerdo con estas consideraciones, formulamos a la Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Garrucha **Recordatorio** de los deberes normativos contenidos en los preceptos citados anteriormente, así como **Recomendación** que concretamos en lo siguiente:

- Llevar a cabo, a la mayor brevedad posible, las labores de vigilancia e inspección previstas en el Reglamento de Protección contra la Contaminación Acústica en Andalucía, a los efectos de poder constatar si los niveles de ruidos generados por la banda de música durante sus ensayos resultaran adecuados con la normativa vigente.

- En su caso, adoptar cuantas medidas resultaran oportunas para encontrar una solución que posibilite compatibilizar el derecho a la intimidad personal y familiar y a la inviolabilidad del domicilio de la parte afectada, con el derecho a la promoción de la música, la cultura y las tradiciones populares, que simboliza la banda de música.

- En su caso, instar la redacción de instrumentos normativos a través de los cuales regular el desarrollo de este tipo de prácticas, al objeto de poder compatibilizar en el futuro los derechos aparentemente enfrentados.

Consideramos que actuando en la forma que propugnábamos se lograría una mayor adecuación de la actuación administrativa a los principios de eficacia y de sometimiento pleno a la Ley y al Derecho, previstos en el artículo 103 CE. Asimismo, se garantizaría el respeto de los derechos constitucionales y estatutarios que considerábamos afectados.

La respuesta que nos remitió la Corporación Municipal indicaba, textualmente, lo siguiente *“Se toma conocimiento del escrito (...) y de las recomendaciones del mismo en el sentido de hacer compatible la realización de actividades de interés social con el legítimo derecho de los ciudadanos al descanso y la tranquilidad, lo que este Ayuntamiento procura realizar en todo caso, con independencia de las posibles discrepancias que existan en momentos o actividades concretas”*.

Por ello, interesamos del Ayuntamiento que nos concretara las medidas que tenía previsto adoptar, contestándonos, por último, que carecía de equipos de medición acústica, por lo que no podía medir las supuestas molestias causadas a la interesada,

volviendo a ratificarse en que la distancia entre el lugar de ensayo de la banda y los vecinos más próximos era la suficiente para considerar, decía textualmente el Ayuntamiento, “no se considere esta denuncia –presentada a título individual- como suficientemente fundamentada”.

Entendimos, por tanto, que el Ayuntamiento de Garrucha no había aceptado nuestra resolución, por lo que procedimos a incluir la queja en el presente Informe Anual al Parlamento de Andalucía, destacando esta falta de aceptación de nuestra resolución.

2.1.2. Sanidad y salubridad ambiental.

Los problemas de salubridad y olores que generan los contenedores de basura son objeto de queja en todos los ejercicios. A veces, el fundamento de los mismos es más que justificado por las deficiencias que se presentan en la recogida de las basuras o por la ubicación de los mismos, enormemente cercanos a ventanas situadas en las plantas bajas de los edificios, etc. Otras veces el motivo es la mera disconformidad con la cercanía al domicilio del reclamante de la instalación de recogida, situación ésta que, en ocasiones, no tiene otra alternativa pues si se traslada el contenedor de ubicación perjudicará a otro domicilio y no se vería resuelto el problema.

En el supuesto de la **queja 12/3962**, la interesada nos exponía que en las inmediaciones de su vivienda se habían colocado dos contenedores pero que el incumplimiento reiterado de las normas vigentes para el depósito de residuos en dichos contenedores y la falta de limpieza de los mismos y del entorno afectaban a la salubridad de la zona. En su caso concreto, sus hijos, que padecían diversas patologías pulmonares, necesitaban la correcta ventilación de su vivienda, pero ello no era posible debido a la falta de salubridad y olores del entorno de los contenedores. Había solicitado al Ayuntamiento de Carrión de los Céspedes (Sevilla) y a la Mancomunidad del Guadalquivir el cambio de ubicación de los contenedores y que, tras evacuar informe el Distrito Sanitario del Aljarafe (en el que se dejaba constancia de las malas condiciones de salubridad de la zona) se acordó la retirada de los mismos, pero tras diversas presiones vecinales, los contenedores habían vuelto al sitio originario, agravando de nuevo los problemas de salud de los menores.

Tras recibir el oportuno informe, formulamos a la Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Carrión de los Céspedes y a la Presidencia de la Mancomunidad del Guadalquivir **Recomendación** consistente en la necesidad de localizar un nuevo emplazamiento para los contenedores identificados por la parte promotora de la queja que resultara apto técnicamente, así como para valorar la posibilidad de implementar nuevas soluciones técnicas para la instalación de contenedores de residuos en zonas de uso residencial, que permitieran minimizar la incidencia estética y ambiental de los mismos.

También formulamos **Recomendación** para que se intensificaran las labores de concienciación ciudadana, vigilancia, inspección, control y, en su caso, sanción respecto al adecuado depósito de residuos.

Consideramos que actuando en la forma que propugnamos se lograría una mayor adecuación de la actuación administrativa a los principios de eficacia y de sometimiento pleno a la Ley y al Derecho, previstos en el artículo 103 de la Constitución. Asimismo, se lograría garantizar en mejor medida los derechos de la ciudadanía que estimamos afectados.

El Ayuntamiento nos comunicó que se había solicitado un estudio comprensivo de la disposición de los contenedores en el municipio, junto con un cambio en el momento, aunque la respuesta concreta a nuestra resolución nos iba a llegar a través de la Mancomunidad. En su respuesta, ésta nos comunicó lo siguiente:

“No comparte el dicente con esa Defensoría que la solución resida en buscar un nuevo emplazamiento de los contenedores que, como señala el mismo servicio autonómico, no comportan un riesgo para la salud de los menores, siendo el resto de las consideraciones señaladas predicables de cualquier otro contenedor y comportamiento vecinal, si bien vista las alegaciones formuladas parece más apropiado intensificar las actividades de limpieza para evitar las acumulaciones de residuos y suciedad en sus proximidades, que es la opción adoptada por la Mancomunidad y aconsejada por el repetido servicio.

III.- No obstante lo anterior, la Mancomunidad del Guadalquivir viene implantando en su zona de actuación un sistema de recogida bilateral mono operador que en breve será aplicado al municipio de Carrión de los Céspedes. Este sistema, por sus peculiaridades, propicia la agrupación de contenedores, lo que dará lugar, posiblemente, a la sustitución del contenedor objeto de la reclamación junto con otros de la zona por uno del nuevo sistema, modificando su actual ubicación”.

A la vista de lo anterior, y sin perjuicio de que la problemática objeto de esta queja pudiera quedar solventada en el futuro, entendimos que la discrepancia que mostraba la Mancomunidad respecto de nuestra resolución impedía que consideráramos que se aceptaba el contenido de la misma, aunque, como no podía ser menos, respetábamos esta discrepancia si bien la resolución de esta Institución se había formulado en aras a garantizar, en la mejor medida posible, los derechos de la ciudadanía que se consideraban afectados y, en cualquier caso, confiábamos en que la solución que parece ser la definitiva (con el nuevo sistema de recogida de basura) pudiera implementarse lo antes posible. Con ello, dimos por concluidas nuestras actuaciones en esta queja pues consideramos que no eran precisas actuaciones adicionales por nuestra parte.

En el supuesto de la **queja 11/5473**, el interesado, en síntesis, relataba que había denunciado al Ayuntamiento de Sevilla que una vecina de su inmueble vertía orines y desperdicios de animales en la calle, que los agentes de la Policía Local constataron posteriormente. Tras esta denuncia, el interesado indicaba que, desde entonces, no había vuelto a saber nada más del expediente que tramitó el Ayuntamiento sobre esta cuestión.

Tras admitir a trámite la queja y observar que se habían producido disfuncionalidades en la coordinación entre los distintos servicios formulamos, a la Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Sevilla **Recordatorio** de deberes legales, así como **Recomendación** consistente en la necesidad de corregir, a la mayor brevedad posible, las disfunciones aludidas, puestas de manifiesto en esta queja, afectantes al Departamento de Gestión de Sanciones de la Agencia Tributaria de Sevilla, así como al objeto de que a la mayor brevedad posible se informara a la parte promotora de la queja de lo ocurrido respecto de la denuncia presentada en su momento por él y por la Policía Local de Sevilla, en relación con los vertidos realizados por una vecina.

Consideráramos que actuando en la forma que propugnábamos se lograría una mayor adecuación de la actuación administrativa a los principios de eficacia y de

sometimiento pleno a la ley y al Derecho, previstos en el artículo 103 de la Constitución. Asimismo, creíamos que se lograría garantizar en mejor medida el derecho a la buena administración, contenido en el artículo 31 del Estatuto de Autonomía para Andalucía.

Finalmente, ante la descoordinada tramitación del expediente de denuncia formulado, que se había confundido con otro que nada tenía que ver con el fondo del asunto, manifestamos a la citada Alcaldía-Presidencia que, con más sorpresa si cabe, había que decir que el boletín de denuncia formulado por los agentes por “*verter aguas fecales desde la terraza hasta la vivienda inferior causando manchas y olores*” –que dio origen a esta queja- era el mismo boletín que dio lugar a la incoación del expediente contra la misma denunciada, por “*abandonar vehículos fuera de uso*” y que culminó con la imposición de una multa de 150 euros. Es decir, se había tramitado un expediente sancionador por abandono de vehículos en la vía pública partiendo de un boletín de denuncia en el que el hecho denunciado era el de verter aguas fecales desde la terraza hasta la vivienda inferior, causando manchas y olores.

A la vista de todo ello y ante la descoordinación que se había observado en la tramitación del expediente y desconocimiento de lo que debería ser un funcionamiento eficaz y al servicio de la ciudadanía por parte del Ayuntamiento, consideramos que no se había aceptado la resolución dictada por esta Institución, pues había sido imposible alcanzar el fin que se pretendía con la tramitación de esta queja, que no era otro que conocer el curso que se había dado a la denuncia formulada por el interesado y por la propia Policía Local, resultando que, a aquellas fechas, más de año y medio después de iniciarse la queja, se desconocía completamente. Por ello, procedimos a incluir la presente queja en el Informe Anual al Parlamento de Andalucía, haciendo constar expresamente que se han tenido que seguir ante ese Ayuntamiento un número de trámites muy superior al habitual en orden a la tramitación de la queja y, singularmente, por parte de la Agencia Tributaria de Sevilla y LIPASAM, que con diferentes disfuncionalidades que constan en el expediente, han impedido que el ciudadano promotor de la queja hubiera podido conocer qué había pasado con su denuncia.

Otro ejemplo de pasividad municipal lo podemos encontrar en la **queja 12/4635** que tramitamos por la denuncia de una vecina de Almonte (Huelva) por la instalación, según ella sin licencia municipal, de una actividad de picadero en un solar colindante a su vivienda en la Aldea del Rocío. Del informe recibido del Ayuntamiento dimos traslado a la interesada con objeto de que presentara las alegaciones y consideraciones que creyera oportunas al mismo.

Tras la valoración de los hechos y con toda la información recibida, una vez más verificamos la ausencia de una respuesta proporcional por parte del citado Ayuntamiento al ejercicio de una actividad no continuada como era la que motivaba la queja, por lo que formulamos a la Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Almonte **Recordatorio** del deber legal de observar lo establecido en los arts. 9.1, 103.1 de la CE, 31 del Estatuto de Autonomía para Andalucía y art. 3.1 de la Ley 30/92, de 26 de Noviembre de el Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. (LRJAPC).

Esto, por cuanto entendimos que el Ayuntamiento no estaba asumiendo las obligaciones que le correspondían en aras a ejercer la tutela del derecho a un medio ambiente adecuado de acuerdo con su legislación de desarrollo. Esto, con la consecuencia de que se estaba infringiendo lo establecido en el art. 12.1 LRJAPAC, que determina que

«la competencia es irrenunciable y se ejercerá precisamente por los órganos que la tengan atribuida como propias».

En suma, se trataba de una competencia de cuyo no ejercicio son responsables, con todas sus consecuencias, los titulares de los órganos o las personas adscritas a estos que tengan atribuidas las correspondientes funciones dentro del Ayuntamiento de acuerdo con la legislación aplicable. En todo caso, de la pasividad ante el ejercicio de una actividad de la que se tiene pleno conocimiento que se viene desarrollando, sin al parecer, la preceptiva calificación ambiental y la licencia urbanística, entendemos que son responsables los titulares de los órganos que tienen atribuida la competencia para otorgar tales autorizaciones.

Ello, sin perjuicio de las responsabilidades que se puedan derivar del personal que, en su caso, no ejercite las funciones con la diligencia, responsabilidad e imparcialidad exigible para llevar a cabo, eficientemente, las tareas que tiene atribuidas.

También formulamos **Recordatorio** del deber legal de observar el contenido del art. 41 en relación con el apdo. 13.22 del Anexo 1 y el art. 42 LGICA, así como del deber legal de observar el art. 169 y siguientes de la LOUA debiendo adoptar, si efectivamente se trataba de una actividad que se ejercía sin la preceptiva licencia urbanística, las medidas previstas en los arts. 191 y ss de esta Ley.

Por último, formulamos **Recomendación** para que la Alcaldía-Presidencia diera las instrucciones oportunas para que se abriera, con carácter urgente, una investigación a fin de determinar la causa por la que, durante 13 años, según los datos que poseíamos, hubiera estado funcionando sin licencia urbanística ni calificación ambiental el espacio destinado a doma de caballo y/o picadero, en el que constaban construidos 18 boxes, colindante con la vivienda y, en definitiva, el uso residencial de la interesada, adoptando, si hubiera lugar a ello, las medidas oportunas a fin de determinar la responsabilidad de quienes debiendo de velar por la legalidad ambiental y sanitaria no lo habían hecho incumpliendo con ello, presuntamente, las obligaciones inherentes al puesto que desempeñan en el Ayuntamiento. También formulamos **Recomendación** para que la Alcaldía, o el órgano que correspondiera dentro de el Ayuntamiento, diera las instrucciones oportunas para adoptar las medidas que contempla tanto la LGICA como la LOUA cuando se posee un inmueble con unas instalaciones y se ejerce una actividad como la que nos ocupaba sin las preceptivas autorizaciones.

Como respuesta, el Ayuntamiento de Almonte nos daba cuenta de las peculiaridades de la Aldea del Rocío y nos indicaba que las instalaciones denunciadas, con excepción de una de las vistas, eran adecuadas desde un punto de vista sanitario y que ante esta singularidad tenían previsto regular a través de Ordenanza encauzar la presencia, socialmente aceptada, de equinos y establecer un límite máximo de unidades de ganado en cada finca urbana y una vez aprobada, determinar si en la finca denunciada se produce una concentración superior de equinos o se ejercía la actividad de doma o picadero, para entonces adoptar las medidas que se consideraran oportunas.

A la vista de ello y teniendo en cuenta que nuestra resolución iba dirigida al Ayuntamiento, como persona jurídica que le da continuidad en el tiempo a la responsabilidad en la gestión administrativa de sus competencias, para que adoptara, con la normativa entonces en vigor, cuando se comenzaron a denunciar los hechos y entonces, en 2013, cuando continuaban produciéndose tales hechos, las medidas administrativas que se

consideraran oportunas para respetar y hacer respetar la Ley como corresponde a un Estado de Derecho (art.1.1 CE) cabría considerar que nuestra resolución no había sido aceptada. Esto lo decíamos a fin de que cesara con ello una actitud de pasividad absoluta ante las flagrantes y conocidas ilegalidades en las que sistemáticamente había venido incurriendo el denunciado según se desprendía de los hechos y documentos, no desmentidos, que aparecían en el expediente.

Por tanto, y sin perjuicio de que nos pareciera loable y necesaria la aprobación de una Ordenanza que contemplara esta problemática (Ordenanza que, en todo caso, debía respetar la jerarquía normativa de las leyes sectoriales que son de aplicación a la cuestión que nos ocupa, entre otras, la LOUA y la LGICA y sus normas de desarrollo), no percibimos una voluntad clara por parte de los responsables municipales de actuar en el sentido indicado sino, antes al contrario, diferir posibles actuaciones futuras a la aprobación de una nueva Norma que, en su caso, se aprobaría. Por ello, entendimos que no se había aceptado nuestra resolución por lo que dimos por concluidas nuestras actuaciones en la queja procediendo a su inclusión en Informe Anual al Parlamento de Andalucía.

La interesada de la **queja 13/3655**, residente en Jerez de la Frontera (Cádiz), nos exponía que no estaba de acuerdo con la nueva ubicación que se le había dado a unos contenedores de basura de su calle, ya que se habían situado justo en la puerta de su vivienda, impidiendo así que su marido, aquejado de una enfermedad pulmonar, pudiera salir a la calle, además de generar olores desagradables que, entendía, no tenía por qué soportar.

Tras dirigirnos al Ayuntamiento de la citada ciudad, éste nos trasladó el informe de la empresa Aguas de Jerez que indicaba que con fecha de 26 de Junio de 2013 “*se ha eliminado el punto de contenedores a que se hacía referencia, a pesar de no ser del todo cierto que estuviera en la puerta de su vivienda, sita en calle Almendro, mientras que los contenedores en cuestión estaban en la calle Beethoven, adyacente a la anterior*”. Con ello entendimos que el problema había quedado solucionado y dimos por concluidas nuestras actuaciones en la citada queja.

También el interesado de la **queja 13/4621**, presidente de una comunidad de propietarios de un inmueble de Sevilla, mostraba su disconformidad con la reubicación de 4 contenedores de basura que habían situado a la puerta del inmueble y que estaban antes situados en un lugar en el que, siempre según el interesado, no molestaban por no tener cerca edificaciones. Se había dirigido a LIPASAM, empresa dependiente del Ayuntamiento de Sevilla, mostrando su disconformidad, pero no había obtenido respuesta alguna de la citada empresa.

Tras dirigirnos al Ayuntamiento de Sevilla, éste nos trasladó informe de LIPASAM en los siguientes términos:

“Analizada la petición y consideradas las circunstancias que concurren, le indicamos, que el citado cambio vino determinado por la aplicación de la actual “Normativa de Seguridad Vial”, ya que al estar los contenedores ubicados en el acerado opuesto a las viviendas, obligábamos a los usuarios a cruzar la calzada para depositar los residuos, arriesgando su seguridad, al no tener próximo pasos de peatones, lo que generaba una problemática aún mayor en la zona.”

No obstante, y aunque la ubicación actual es adecuada, y cumple con las especificaciones técnicas, en relación con la instalación de mobiliario urbano de limpieza, le informamos que, en atención a su solicitud, se está tramitando con el Distrito Municipal Este, Alcosa, Torreblanca, la señalización de un paso peatonal en la Avenida de República de China esquina Yakarta, lo que permitirá que la seguridad de los usuarios no estuviese comprometida, con lo que podremos desplazar en próximas fechas estas ubicaciones a la zona solicitada, estando siempre éstas próximas a pasos de peatones, para evitar los problemas generados por la seguridad vial”.

Consideramos, por tanto, que el asunto estaba en vías de solución y dimos por concluidas nuestras actuaciones en esta queja.

El interesado de la **queja 13/2592** nos exponía que el distrito municipal de Campanillas, de Málaga, tenía, todos los años, un problema de malos olores y plagas de moscas provenientes de un vertedero, conocido como Los Ruices, que se construyó en la sierra de Los Asperones, colindante con las barriadas de Huertecilla Mañas y Colmenarejo (que eran las más afectadas) pero que también afectaba a otras como el distrito Puerto de la Torre, Piedra Horadada o Puertosol. Continuaba el interesado denunciando, de forma textual, lo siguiente:

“Desde hace años se viene denunciando esta situación que, siendo cierto del ámbito semirural de este entorno y la presencia de explotaciones agropecuarias, es debido a la falta de adopción de medidas por parte del Vertedero de la ciudad de Málaga.

Se han realizado todo tipo de comunicaciones sin que hasta la fecha se hayan adoptado medidas para mitigar la situación que padecen miles de familias de este Distrito de la ciudad de Málaga”.

Esta situación la venían denunciando los vecinos desde el año 2004 ya fuera personalmente, a través de las comunidades de propietarios de los inmuebles a los que afectaban o, por ejemplo, dentro del Consejo Territorial de Participación Ciudadana de la Junta de Distrito Campanillas, de 21 de Enero de 2013, en el que se trató esta problemática.

Tras dirigirnos al Ayuntamiento de Málaga, éste nos remitió el informe de LIMASA, empresa encargada de la limpieza de la ciudad, en el que se nos indicaba que en Junio de 2013 habían mantenido diversos contactos con los representantes vecinales de la zona, así como visitas a las instalaciones del vertedero, explicándoles los procesos que se realizan en el citado vertedero. En estas visitas y reuniones se les había explicado que se iban a acometer obras para la captación y desgasificación de las zonas fuera de explotación del vaso del vertido y el posterior tratamiento del biogás en antorcha, al objeto de minimizar las molestias que sufrían.

Dado que esta actuación ya se estaba ejecutando, consideraban que a principios del mes de Julio de 2013 ya iba a estar operativa y se iba a ir ampliando conforme avanzara la explotación del vertedero, instalándose nuevos pozos de captación, estaciones de regulación y medición, tuberías de transporte y equipos de desgasificación.

En cuanto a la presencia de moscas, se había podido constatar, en estas visitas, que no existía relación entre esta presencia y el centro ambiental, sino que podían estar relacionadas con otras actividades o condiciones del año.

Dimos traslado de esta información al interesado para que nos remitiera sus alegaciones, pero no obtuvimos respuesta del mismo por lo que entendimos que no consideraba necesarias nuevas actuaciones y dimos por concluidas nuestras actuaciones en la queja.

VI.- JUSTICIA Y PRISIONES

2.3.6. Asistencia sanitaria.

Entre las quejas relativas a asistencia sanitaria recibidas durante 2013 figuran varias que reproducen problemas ya tratados en años precedentes y relacionados con denuncias por una presunta mala praxis médica por parte de los profesionales adscritos a estas funciones.

Se trata en la mayoría de los casos de denuncias cuya veracidad resulta difícil de comprobar ya que son desmentidas por las autoridades penitenciarias y no pueden ser contrastadas salvo que haya mediado una intervención de profesionales ajenos al centro penitenciario, como puede ser el caso del traslado del interno a instalaciones del sistema sanitario andaluz, y de dicha intervención resulte una información que acredite la realidad de dicha mala praxis.

Debemos decir que siguen disminuyendo las quejas por problemas derivados de la falta de traslado de los internos a los centros sanitarios externos para la consulta con especialistas o la realización de pruebas de diagnóstico. Creemos que esto es señal de que se están mejorando los protocolos para el acompañamiento de las fuerzas de seguridad en estos desplazamientos, ya que como sabemos, la razón por la que muchos de estos actos médicos no se realizan es por la incomparecencia de las fuerzas de seguridad para acompañar al interno paciente.

Una de las cuestiones que suscitó nuestra preocupación durante 2013 fue la posibilidad de que se denunciase el convenio existente entre la Junta de Andalucía y la Administración penitenciaria estatal para la atención sanitaria a la población reclusa internada en centros penitenciarios andaluces.

En efecto, a través de diversos medios de comunicación nos había llegado la noticia de que los Acuerdos Sectoriales en materia de salud, firmados en noviembre de 1995, entre la Consejería de Salud y la, denominada entonces, Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios, habían entrado en un período de crisis por problemas de financiación referidos a las prestaciones de 2012.

Sumamente preocupados por la asistencia sanitaria integral que se ha de prestar a la población penitenciaria por ambas Administraciones, decidimos iniciar de oficio la **queja 13/276**, en el curso de la cual solicitamos información a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, dependiente del Ministerio del Interior, y a la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.

Finalmente hemos conocido que con fecha 16 de agosto de 2013 se ha suscrito un nuevo convenio de colaboración en materia sanitaria entre ambas Administraciones, que se ha publicado en el BOE de 1 de octubre. Ello ha posibilitado el archivo de nuestras actuaciones.

Pese a que la firma de este nuevo convenio supone un motivo de tranquilidad y satisfacción por cuanto garantiza la asistencia sanitaria a la población reclusa en Andalucía, lo cierto es que su existencia no elimina por completo las preocupaciones que en esta Institución vienen suscitando los casos de limitaciones en el acceso de las personas presas a la atención sanitaria y, especialmente, a determinado tipo de medicamentos, justificados

en la necesidad de economizar gastos para cumplir los objetivos de reducción del déficit público.

A este respecto, consideramos necesario relatar aquí de forma extensa la actuación realizada por esta Institución en la **queja 13/5205** que pone de manifiesto los riesgos que pueden derivarse para la salud de los internos de esta política de ajuste y ahorro presupuestario.

La queja se inicia a instancias de la representante de una asociación que defiende los derechos de las personas presas, la cual nos trasladó su preocupación por la situación de un preso interno en el centro penitenciario de Sevilla I, diagnosticado de coinfección del VIH en categoría clínica de C3 y hepatitis crónica genotipo 1A en fase actual de cirrosis hepática.

En su escrito nos decía la interesada que hacía más de un año, en enero de 2012, el especialista de enfermedades infecciosas del Hospital Virgen del Rocío que lo trataba, encontrándose aún su enfermedad en esta precirrótico, le había prescrito Telaprevir (triple terapia de Interferón pegilado+Rabavirina+inhibidor de la proteasa) para infección del VIH) debido a los resultados obtenidos con este medicamento en pacientes de este perfil, especificando que dicho medicamento debía adquirirlo la administración penitenciaria.

La Subdirección Médica de Sevilla I solicitó a la Comisión Central de Farmacia de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias el fármaco indicado por el especialista que le fue denegado en varias ocasiones. El motivo aducido era el elevado coste, y por estar así recogido en una instrucción de fecha 20 de enero y 23 de febrero de 2012: Posteriormente se le informó del establecimiento de unos cupos de enfermos a tratar según disponibilidad presupuestaria.

Sin embargo, la promotora de la queja aducía que el preso parecía cumplir todos los requisitos de la Agencia Española del medicamento y productos Sanitarios para su administración, por lo que no entendía porqué no se le administraba, cuando constaba en su historial médico penitenciario que la no realización de esta terapia supondría la progresión a cirrosis o hepatocarcinoma (cáncer) en un relativo corto espacio de tiempo.

Debido al empeoramiento del interno y atendiendo a los riesgos que corría por ello su vida, la interesada nos solicitaba que mediásemos para que se le administrase el medicamento o bien se tuviera en cuenta su situación de enfermedad grave para poder acceder a los beneficios penitenciarios previstos para casos como éste.

A la vista de este escrito, y tras obtener documentación e información acreditativa de la situación del preso, consideramos oportuno admitir a trámite la queja y dirigir un escrito a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias trasladándole, entre otras, las siguientes consideraciones:

“El seguimiento, tratamiento y control del paciente se ha venido realizando por el especialista correspondiente de la Unidad de enfermedades infecciosas del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, como centro sanitario público de referencia.

Instaurado el tratamiento correspondiente al V.I.H., en febrero de 2012, el especialista indicó al afectado la necesidad de aplicar la terapia conveniente al

virus de la hepatitis C, prescribiéndole a dicho fin tratamiento combinado de triple terapia con telaprevir, en combinación con peginterferón alfa y ribavirina.

Los sucesivos informes emitidos por el especialista del sistema sanitario público, en las revisiones del paciente desde principios de 2012, obrantes en este expediente, reiteran inequívocamente los siguientes extremos:

- El criterio facultativo de ser necesario tratar la hepatitis del afectado mediante el tratamiento combinado que prescribe, dado el grado avanzado de fibrosis hepática.

- La afirmación de venir ello indicado conforme a las recomendaciones del Ministerio, que cumple el paciente.

- La especificación de que la coinfección por V.I.H. acelera y agrava la enfermedad hepática, haciendo aún más necesario el tratamiento de la hepatitis.

- El pronóstico desfavorable en la evolución de la enfermedad a cirrosis hepática o a hepatocarcinoma en un corto espacio de tiempo, en caso contrario; así como, posteriormente, la confirmación del inicio del estadio de cirrosis hepática.

- La inexistencia de un tratamiento alternativo o sustitutivo distinto al prescrito.

- Y, por último, la posibilidad de que el tratamiento se administre al paciente en consultas hospitalarias o en el propio centro penitenciario por el médico responsable de Instituciones Penitenciarias.

Así las cosas, la iniciación del tratamiento prescrito por el especialista de la sanidad pública, quedó pendiente de la correspondiente autorización por Instituciones Penitenciarias, dada la especial relación de sujeción derivada de su condición de interno.

Por su parte, la Comisión competente de Instituciones Penitenciarias denegó la autorización, argumentando el elevado coste del fármaco, cuya dispensación está condicionada, en el ámbito penitenciario, a razones estrictas de disponibilidad presupuestaria. Lo que, a juicio del afectado y de la asociación interviniente, conculca su derecho a la vida y a la integridad física, violando el principio constitucional a la igualdad, al permitir la progresión de la enfermedad hasta el desenlace fatal, sin aplicación de la terapia pertinente.

Del planteamiento expuesto le dio oportuno traslado esta Defensoría a esa Secretaría General, recibiendo su informe de 17 de enero de 2013, en el que, partiendo de la regla general de que la Administración Penitenciaria viene obligada por la LOGP a asumir en su totalidad la prestación farmacéutica, (con independencia de si el medicamento incluido en la misma ha sido indicado o prescrito por un médico de Instituciones Penitenciarias o por un especialista del sistema sanitario público al que el interno haya sido derivado por el anterior), la

matiza añadiendo que la mentada prestación ha de regirse por criterios de racionalidad y eficiencia en la utilización de los medios públicos.

Lo que, según nos explicó, se materializa en la práctica, mediante un registro de beneficiarios, -organizado por la fecha de la solicitud-, destinado a gestionar el orden progresivo en que los recursos presupuestarios disponibles en el sistema penitenciario, permiten que este tipo de enfermos pueda acceder al tratamiento para la hepatitis C que tiene prescrito. Y ello por no ser posible, presupuestariamente, atender de forma inmediata y concurrente todos los casos en que se prescribe el tratamiento para la hepatitis C, incluido el del promotor de la presente queja.

Asimismo, con ocasión de recurrir en queja el interesado esta denegación ante el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Sevilla, tuvimos conocimiento de la emisión de informes adicionales evacuados ante dicho órgano, tanto por la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, como por la Subdirección Médica del centro penitenciario, que nos han permitido ampliar la visión del problema.

En este sentido, descendiendo al caso concreto del afectado, el informe de la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria, abandona en su informe el criterio puramente económico de disponibilidad presupuestaria, -que aplica como criterio rector general para los internos que considera aptos para acceder al tratamiento prescrito-, para centrar el núcleo que fundamenta esta denegación en un criterio particular e individualizado, cual es la de que, en realidad, el paciente reclamante no cumple los criterios establecidos para el uso del fármaco, fijados en la ficha técnica aprobada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Es decir, que la indicación facultativa es inidónea, puesto que el afectado es un paciente coinfectado, cuyo tratamiento con el medicamento en liza, en su caso, debe seguir las recomendaciones de uso de medicamentos en condiciones distintas a las autorizadas y, por tanto, aplicarse en el entorno controlado de un ensayo clínico. Lo que, a su vez, precisa de dispositivos asistenciales especializados y de un seguimiento hospitalario, previa su inclusión en el registro específico de ensayos clínicos dependiente de las autoridades hospitalarias competentes en la Comunidad Autónoma.

En conclusión, ello conduce, en opinión de la Administración Penitenciaria a:

- No ser el peticionario un paciente apto para iniciar el tratamiento con un fármaco que la AEMPS ha previsto para indicaciones distintas, ni por ello es candidato a acceder al cupo de pacientes pendientes de acceso al tratamiento con cargo a financiación por la Administración Penitenciaria.

- Corresponder al sistema sanitario público proponer, si así lo estima oportuno, el tratamiento del interesado con el fármaco en el seno de un ensayo clínico y, con ello, asumir su seguimiento en sus dispositivos específicos; a lo que no se opondría la Administración Penitenciaria, mediando, como es lógico,

el preceptivo consentimiento del interno para participar en un experimento de resultado incierto y eficacia dudosa.

No es esta la postura que, por su parte, y basándose en argumentos y criterios exclusivamente médico-científicos, mantiene el informe de la Subdirección Médica del centro penitenciario, emitido el 5 de octubre de 2012, que, en esencia, es coincidente con el del especialista del hospital público, cuya indicación asume.

El Subdirector Médico, en definitiva, no solo sostiene su convencimiento facultativo en la necesidad del tratamiento para el paciente y, en consecuencia, la necesidad de adquisición del fármaco, sino que, precisamente por ello, guarda especial cuidado en dejar constancia documental de su actuación conforme a la lex artis, adjuntando la petición cursada en reiteradas ocasiones y diversas Instrucciones internas referidas a las posibles responsabilidades administrativas y patrimoniales que pudieren derivarse de la contravención de la expresa prohibición de prescribirlo y adquirirlo (Instrucciones de 20 de enero y de 23 de febrero de 2012).

A la vista de lo expuesto, esta Institución considera que el núcleo de la cuestión que aquí se plantea, tiene su causa en el desviado enfoque desde el que se ha abordado la misma, que no es otro que el económico subyacente.

Antes al contrario, la respuesta que las Administraciones implicadas han de dar al paciente, no puede venir guiada más que por un objetivo sanitario y terapéutico, que ha de ser absolutamente independiente de intereses presupuestarios y adoptarse al margen de sus limitaciones. Máxime cuando la enfermedad que ha de ser tratada es de carácter irreversible y su desarrollo incontrolado pone en riesgo la esperanza de vida del afectado.

Desde esta perspectiva ajena a lo material, puramente humanitaria y acomodada a principios y finalidades de atención sanitaria, el punto de partida es el de aclarar si el paciente, dada su coinfección, presenta aptitud para ser tratado con el fármaco telaprevir, y, si ello fuera así, en qué modalidad de terapia (ordinaria o de ensayo clínico).

La respuesta a la primera cuestión debe ser afirmativa, por cuanto las opiniones autorizadas del especialista de la sanidad pública y del Subdirector del Servicio Médico del centro penitenciario así lo indican, basándose en criterios científicos, examinados los indicadores y estado del paciente y descartada la existencia de tratamiento alternativo.

Debe significarse, además, que dicha prescripción ha sido efectuada de forma ordinaria y no a título experimental, de prueba, ni revestida de las prevenciones y exigencias de un ensayo clínico, fundándose el especialista, como ya reprodujimos, en la consideración de que la coinfección del paciente no solo no cambia la indicación, sino que la refuerza, ya que el padecimiento simultáneo del V.I.H. "acelera y agrava la enfermedad hepática, haciendo aún más necesario el tratamiento de la hepatitis" (sic).

El juicio médico que ha llevado a la prescripción, encuentra respaldo en el prospecto del fármaco aprobado para la comercialización del principio (INCIVO), que en su apartado de advertencias y precauciones recomienda al interesado la conveniencia de informar al médico si presenta infección por V.I.H. para que éste pueda decidir si el medicamento está indicado en su caso.

Por lo demás, la posibilidad de acceder al tratamiento por la vía del ensayo clínico, (como única viable que sostiene esa Secretaría General), no aparece justificada, al no haber sido contemplada por el especialista para el caso concreto, en el ejercicio de su autonomía y arbitrio profesional, sin que pueda llegarse a la conclusión contraria a la vista de los criterios y recomendaciones generales para el tratamiento con telaprevir de la hepatitis crónica C en pacientes infectados por el V.I.H., establecidos en las recomendaciones de uso de medicamentos en condiciones distintas a las autorizadas, que establece la Agencia española de medicamentos y productos sanitarios.

Efectivamente, aún cuando en dichas recomendaciones se manifiesta que telaprevir no está indicado en el tratamiento de pacientes coinfectados por el V.I.H., y que debe considerarse prioritaria la inclusión de los mismos en estos ensayos (únicamente por razones de mayor seguridad del interesado), también se especifica que “el uso de medicamentos autorizados en condiciones distintas a las establecidas en la ficha técnica cae dentro de la esfera de la práctica clínica, y por tanto, en el ámbito de responsabilidad del médico prescriptor en su interacción con el paciente. Por ello, como norma general, no se requiere ninguna autorización previa de carácter administrativo”.

Es por tanto posible el tratamiento del afectado fuera de ensayo clínico en las condiciones expuestas y conforme a las previstas por la normativa (Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio), por exclusiva decisión médica, habiendo prestado su consentimiento (informado) el interesado.

Desde esta Institución se ha entablado contacto con el especialista del Hospital Virgen del Rocío que trata al reclamante, habiendo confirmado que es práctica habitual en su Servicio la aplicación del tratamiento combinado de triple terapia a pacientes coinfectados, con resultados muy positivos, lo que abundaría en la situación de discriminación del interno respecto de otras personas en situación de libertad en cuanto a la tutela efectiva de su derecho a la salud.

Sobre estas premisas, surge el siguiente interrogante: ¿viene obligada la Administración Penitenciaria a asumir el coste del fármaco indicado y formalmente prescrito a un interno penitenciario por un especialista del sistema sanitario público? O dicho de otro modo, ¿es vinculante el criterio médico de éste en el ámbito penitenciario?

Así lo reconoce esa Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, citando la LOGP, cuyo Reglamento (artículo 208), además, impone a la Administración Penitenciaria la obligación de garantizar a todos los internos una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la

población, ya con medios propios, ya con medios ajenos concertados, así como la de garantizar la prestación farmacéutica que se derive de dicha atención.

En conclusión, consideramos que, decidida por el especialista la aptitud del paciente para un tratamiento ordinario, prescrito al interesado por su condición de enfermo, en las mismas condiciones de igualdad que dicho facultativa aplica a cualquier otro usuario del sistema, es preciso que se habiliten los medios materiales que le permitan beneficiarse del mismo y acceder al fármaco.

No ignoramos que la situación de interno penitenciario que concurre en el afectado, impone condicionantes y peculiaridades en la aplicación del tratamiento, (como los referidos al lugar físico de prestación: consultas hospitalarias o en el propio centro penitenciario), que, en todo caso, no difieren de los que se plantean con carácter general en la asistencia sanitaria de la población penitenciaria y que habrán de ser salvados o removidos en la forma que los profesionales sanitarios intervinientes en el tratamiento determinen.

Pero consideramos oportuno manifestar que, en modo alguno, la materialización de la terapia pueda venir condicionada por razones presupuestarias, ni la prestación farmacéutica a que viene obligada la Administración Penitenciaria (como tampoco la del sistema sanitario público), quedar sometida a criterios de racionalidad y eficiencia en la utilización de los medios públicos, cuando el fármaco prescrito tiene por finalidad esencial preservar la vida del paciente.

En este mismo sentido se pronuncia una reciente sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (sentencia número 293/2013, de 12 de abril), cuando expresa que la Administración sanitaria no puede prescindir del criterio médico, no autorizando la dispensación de un medicamento razonablemente prescrito, cuando dicha denegación se basa en la presumible motivación del ahorro, ya que ello supone incluso incurrir en desviación de poder. Añade que la denegación afecta al ejercicio del derecho fundamental individual tutelado por el artículo 15.1 de la Constitución, en la medida en que jurisprudencial y constitucionalmente se ha privado a la Administración sanitaria de la facultad de denegar o restringir la asistencia sanitaria y medicamentosa, máxime si se trata de un medicamento único sin alternativa farmacológica alguna en el mercado, por razón de dificultades presupuestarias o de ahorro económico.

Somos conscientes de la importancia de la prevalencia en el ámbito penitenciario de enfermedades infecciosas como la que aqueja al interesado y, con ello, de la entidad que comporta la financiación de tratamientos de elevado coste. Si bien esta cuestión secundaria, ha de residenciarse en otro nivel distinto al asistencial y ser resuelta por quienes corresponda, mediante instrumentos que no obsten ni demoren la terapia que precisa el paciente.

En el plano práctico, en conclusión, consideramos importante que, dada la evolución desfavorable del interesado, se autorice en el más breve plazo posible la iniciación del tratamiento que le ha sido indicado, adoptándose las

medidas necesarias para su aplicación y para el seguimiento y control de sus efectos.

En otro caso, solicitamos que se valore la posibilidad de promover desde esa Administración penitenciaria la tramitación de expediente dirigido a la excarcelación del interno por razones de enfermedad, por la vía del artículo 92 del código penal, y/o aplicar lo previsto en el art. 104.4 del Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario, para la progresión del grado por razones humanitarias.

Nos permitimos, en consecuencia, remitirle el presente escrito, interesando que tenga a bien examinar las consideraciones que se proponen en el mismo y, de ser posible, se atiendan las mismas adoptando una decisión que le rogamos se produzca en el plazo mas breve posible, teniendo en cuenta la urgencia que demandan la negativa evolución de la salud del interno concernido.”

Esta petición de información aún no había sido atendida por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias al concluir el año 2013, pese la urgencia del asunto planteado ya que el transcurso del tiempo sin ser sometido al tratamiento indicado por los especialistas comporta un elevado riesgo para la vida y salud del interno.

En este sentido, hemos podido conocer que la representante legal del interno ha presentado diversas peticiones ante el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria interesando la adopción de una decisión ejecutiva que obligue a la Administración Penitenciaria a administrar al interno la medicación prescrita por los especialistas. Estas peticiones han dado lugar a un auto de dicho Juzgado por el que se acuerda lo siguiente:

«Que por la Administración Penitenciaria se asuma a favor del penado D, (...) el tratamiento médico y farmacéutico de la infección crónica por virus de la hepatitis C (genotipo 1), con dispensación del medicamento Telaprevir o el que proceda Bocepravir, sin perjuicio de las futuras recomendaciones que puedan en el seno de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AGEMED), en defecto de convenio al respecto entre Administración Penitenciaria con la Administración Sanitaria con competencia ejecutiva en Andalucía.»

Este auto dictado en octubre todavía no se ha llevado a debido efecto, permaneciendo el interno, según nuestras informaciones, sin recibir la mediación prescrita por su especialista.

Nos parece el presente un asunto de especial trascendencia, no sólo porque son lamentablemente muchos los presos en circunstancias similares a la del interno que motiva el expediente de queja, sino por el hecho de que su resolución positiva sentaría un importante precedente en la actual dicotomía entre la prevalencia del derecho a la salud de las personas presas y la necesidad de acometer medidas de ajuste en los gastos públicos.

Esta Institución no tiene dudas al respecto y va a seguir defendiendo con firmeza la obligación de la Administración penitenciaria de garantizar la salud de las personas en prisión por encima de cualquier otra consideración.

XII. POLÍTICAS DE IGUALDAD DE GÉNERO

2.9. Salud.

En este apartado abordamos el relato de aquellas quejas más significativas relacionadas con el ámbito de la salud desde una perspectiva de género en cuanto que los hechos atañen a las mujeres por su condición de sexo femenino, por cuanto que en ellas se plantean cuestiones relacionadas con la función reproductiva de la mujer, es decir, con su capacidad de ser madres, o bien, a todo lo que rodea a la atención sanitaria proporcionada a las mujeres en el proceso de embarazo, parto y puerperio, asuntos que se presentan con cierta reiteración ante esta Defensoría.

Así, en el año 2013, culminamos la **queja 12/4959**, en la que la interesada nos decía lo siguiente:

“Vivo en Rota (Cádiz), actualmente estoy embarazada y he pedido la prueba del síndrome de Down (Screening). Tras recibir informaciones contradictorias por parte de mi matrona y el hospital que me corresponde (Puerto Real), conseguí que el hospital me derivara a un tocoginecólogo que me explicara el protocolo a seguir para realizar la prueba.

Hay muchos protocolos pero los dos que se utilizan son:

1º) Entre las 10- 14 semanas un análisis de sangre y una ecografía midiendo el pliegue craneal. Este protocolo es más fiable, es el que utilizan en Cádiz y Jerez.

2º) En el segundo trimestre antes de las 20 semanas un análisis de sangre. Es un poco menos fiable y mas barato, es el que utilizan en Puerto Real, aunque los médicos llevan tiempo intentando que el director cambie el protocolo para utilizar el mismo que en Cádiz y Jerez.

Como me explicó muy claramente la doctora que me atendió, cuando alguien se queja le realizan el primer protocolo, de tal manera que esa persona no deja constancia de su queja.

Yo he conseguido solucionar mi problema y me han realizado la prueba con el primer protocolo. Pero me parece denigrante que según el lugar donde vivas tengas derecho a un mejor trato y de vergüenza que durante la primera ecografía te digan, como a mí, que el primer protocolo no lo realiza la Seguridad Social (cuando la realidad es que sí lo realiza), haciéndote ir por lo privado”.

Solicitado informe se nos respondió que en 2009 se inició la implantación del Programa Andaluz para el Cribado de Anomalías congénitas (PACAC) en los centros y hospitales del sistema Sanitario Público de Andalucía. Su objetivo es ofrecer el cribado combinado del primera trimestre (CC1T) y el cribado de anomalías estructurales entre las 18 y 20 semanas (ECO 20) a todas las mujeres embarazadas; siguiendo recomendaciones establecidas en la guía NICE y en la de sociedades científicas como la Sociedad española de Ginecología y Obstetricia.

Tras las consultas efectuadas en distintos hospitales de la provincia de Cádiz para conocer como se está aplicando el programa y las mencionadas pruebas en concreto, nos informaban que, aunque el citado programa está aplicándose en los hospitales gaditanos, el Hospital de Puerto Real no lo estaba ofreciendo a la totalidad de las embarazadas. Se añadía que desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria y resultados en Salud, se había indicado al hospital que proceda a diseñar los flujos de pacientes de acuerdo con lo establecido en el PAL, ya que consideraban que contaban con recursos suficientes para ofrecer el cribado a la totalidad de las mujeres embarazadas de su área.

En el caso de la **queja 12/6200**, la interesada comparecía para explicarnos las complicaciones aparecidas en su proceso de embarazo, así como las ineficiencias advertidas en el proceso asistencial que determinó el diagnóstico de una grave malformación en el feto, y las dificultades para llevar a cabo el aborto una vez tomada la decisión.

Comenzaba señalando que a las 12 semanas de gestación detectaron el pliegue nucal aumentado (4,3 mm) y arteria umbilical única, por lo que a las 13 semanas se sometió a una biopsia corial que no arrojó anomalías en el estudio citogenético.

Continuaba señalando que la siguiente ecografía tuvo lugar el 20 de julio de 2012 en la consulta de diagnóstico prenatal de la Bola Azul, cuando contaba 16 semanas de gestación, y que el facultativo que la atendió intuyó que algo fallaba en el corazón del feto, de forma que la derivó a la consulta de cardiología pediátrica del Hospital Carlos Haya de Málaga.

Mientras tanto, el 17 de agosto de 2012, en la consulta de diagnóstico prenatal a las 20 semanas, la facultativo sospechó la presencia de estenosis aórtica y apreció ventriculomegalia leve del ventrículo posterior derecho, aunque informó que el corazón presentaba estructuras normales.

La consulta de cardiología pediátrica tuvo lugar el 31 de agosto de 2012, a las 21+6 semanas, y a raíz de la misma se determinó que el feto presentaba una cardiopatía compleja y severa (canal disbalanceado con hipoplasia ventricular izquierda y aórtica severa), problema que al parecer no es tributario de cirugía correctora, sino solamente paliativa, y con escaso resultado, por lo que la interesada tomó la dura decisión de abortar.

Estimaba la reclamante que en la consulta de diagnóstico prenatal del 17 de agosto pudo y debió comprobarse que el corazón no presentaba claramente su estructura básica, y que de haber sido informada en aquel momento de la situación, se hubiera evitado todos los trámites y problemas que surgieron con posterioridad, cuando se tuvo que llevar a cabo el aborto más allá del límite legal de las 22 semanas.

Una vez adoptada la decisión, la interesada consideraba que desde los dos hospitales se agilizaron los trámites para que se procediera al aborto, pero que tras ser remitida con este fin a una clínica de Sevilla, hubo de retrasarse a la espera de que se pronunciara un comité clínico, precisamente por la superación del límite temporal referido.

En este contexto, la interesada señalaba que se incumplió el plazo normativamente previsto para que el comité comunicara la decisión, una vez tomada, tanto al centro de referencia, como a la afectada, pues mientras ella considera que para ello

disponía de 12 horas, advierte sin embargo de que empleó más de 48 horas, pues se reunió y firmó el dictamen favorable el 4 de septiembre de 2012, el fax llegó a Torrecárdenas el siguiente día 6, y a ella se le comunicó el posterior día 7.

Objetaba la interesada que esta demora implicó el retraso de todo el proceso y que como consecuencia de la misma vivió experiencias muy desagradables, que cifra en el alumbramiento de una niña fallecida que tuvo que dar de alta en el registro civil, lo que prolongó la agonía e hizo el trance aún más duro.

Para completar el itinerario de lo acontecido, y tal y como determina el artículo 18.1 de nuestra Ley reguladora, procedimos a solicitar informe de la Administración interviniente, en este caso, de los dos hospitales con participación en el proceso asistencial de la interesada, a saber, el Torrecárdenas de Almería, centro de referencia de aquella, y el Carlos Haya de Málaga, donde tuvo lugar el ecocardiograma fetal.

Desde el primero se nos dio traslado de una copia de la respuesta emitida a la reclamación formulada por la interesada, en la que se le transcribía el informe del jefe de servicio de obstetricia y ginecología. En el mismo, se explicaba que en la atención prestada en la unidad de diagnóstico prenatal se evidenció alto riesgo de síndrome de down, a la vista del pliegue nucal, por lo que se indicó la biopsia corial, la cual dio como resultado cariotipo normal, pero aconsejó la práctica de ecocardiografía, que se llevó a cabo precozmente en la semana 16, y aunque la misma no ofreció signos de patología, la paciente fue remitida por protocolo a ecocardiografía fetal avanzada, a realizar en el Hospital Carlos Haya de Málaga.

El 17 de agosto fue vista por la Dra., que realizó el diagnóstico de ventriculomegalia leve, explicando a la interesada que el pronóstico era bueno sobre este aspecto, aunque también sospechó la existencia de estenosis aórtica, con un pronóstico mucho más grave, que debía ser valorado por los cardiólogos pediátricos y cirugía pediátrica, por lo que al tener la siguiente semana prevista la cita de Málaga, la instó a acudir inmediatamente a la consulta con los resultados en el momento en que tuviera el informe.

En este sentido, se añadía que fue vista en Málaga el 31 de agosto, confirmándose el pronóstico de estenosis al que se añadió el de canal aurículo ventricular, por lo que a la vista de la gravedad se recomendó la interrupción del embarazo.

Volvió entonces la interesada a consulta en Almería desde donde se tramitó el IVE remitiéndola a un centro de Sevilla, donde se negaron a realizarlo, derivando la cuestión al comité de ética, que se pronunció afirmativamente, propiciando definitivamente la práctica de aquel, que se realizó en Sevilla, y se continuó con la expulsión fetal en Almería.

Por su parte el informe del Hospital Carlos Haya manifestaba que el 25 de julio de 2012 se mecanizó en Diraya en el servicio de admisión del centro la petición procedente de la consulta de diagnóstico prenatal del centro de especialidades la Bola Azul, dependiente del Hospital Torrecárdenas, motivada por la presencia de pliegue nucal aumentado, arteria umbilical única y biopsia corial con estudio citogenético normal, de gestante de 16 semanas. Refiere que al día siguiente esta petición fue valorada por un miembro de la unidad, el cual indicó que se citara en cuatro semanas, devolviendo la documentación al servicio de admisión.

Nos decía que en el servicio de cita previa se produjo algún error, probablemente porque se confundió la petición de ecocardiograma fetal, con una consulta de cardiología pediátrica, citándose a la interesada para el 2 de Octubre de 2012; aunque al detectarse el error se fijó la cita para el 31 de Agosto, cuando la paciente contaba con 21 semanas.

En dicha fecha, fue atendida por primera vez en el centro con diagnóstico de cardiopatía compleja y severa tipo canal AV disbalanceado con hipoplasia ventricular izquierda y aórtica severa, del cual fueron informados los padres y derivados a su centro de referencia, añadiéndose, además, que antes de emitir el informe, un segundo cardiólogo revisó el estudio para contar con una segunda opinión, no dependiendo de dicho hospital la evolución posterior del caso.

Teniendo en cuenta la información reflejada, nos encontramos con que a partir de determinadas anomalías detectadas en el feto en la semana 13 de gestación, se determina la práctica de determinadas pruebas, primero biopsia corial, después ecocardiografía, y más tarde ecocardiograma fetal avanzado, al tiempo que se añadió consulta de diagnóstico prenatal que tuvo lugar a las 20 semanas, en las que sucesivamente se fue avanzando en el diagnóstico de una grave dolencia en el feto de naturaleza incurable que propiciaba la recomendación de que se llevara a cabo la interrupción voluntaria del embarazo.

La interesada planteaba sobre el conjunto del proceso, que culminó con el aborto, dos quejas fundamentales; la primera, en cuanto a la labor de la facultativo que la asistió en la consulta de las 20 semanas, por entender que el desarrollo del feto en ese momento era suficiente para que hubiera alcanzado el diagnóstico que se determinó con posterioridad; y la segunda, respecto del trámite autorizador de la interrupción voluntaria del embarazo por parte del comité de ética, y las consecuencias desagradables que deriva de la demora en el mismo.

La literatura científica que hemos podido consultar indica la práctica de la ecocardiografía en los casos de pacientes de alto riesgo de presentar anomalías cardíacas fetales, distinguiéndose la que se hace de manera precoz (entre las 14 y las 16 semanas de gestación), de la que se realiza de forma tardía (a partir de la semana 20). Para las pacientes de bajo riesgo existe un cribado de anomalías cardíacas que se lleva a cabo en la ecografía morfológica que se desarrolla normalmente en la semana 20 de gestación.

La ecocardiografía precoz, presente o no anomalías, no evita al parecer un nuevo control en la semana 20 para confirmar los hallazgos, e igualmente la aparición de alteraciones en la ecografía morfológica de las semana 20 de pacientes de bajo riesgo, puede hacer necesario un examen más detallado del corazón fetal mediante una ecocardiografía tardía.

Pues bien en este caso la presencia del pliegue nucal aumentado detectado en la semana 13, evidencia de riesgo alto, determinó la práctica de una ecocardiografía en la semana 16, la cual no arrojó signos de patología.

Aún así, y por resultar aconsejable, viniendo recogida dicha indicación en protocolo, se derivó a la interesada a cardiología pediátrica del Hospital Carlos Haya para que se hiciera una ecocardiografía avanzada. Sucedió entonces que a la espera de aquella se realizó la ecografía morfológica de la semana 20, y aquí ya se detectaron indicios de lo

que podía resultar una anomalía cardiaca grave, la cual no llegó a confirmarse hasta la práctica de aquella.

En definitiva se sucedieron las asistencias y pruebas necesarias para alcanzar un diagnóstico certero y fidedigno para realizar la recomendación de IVE, pero no podemos obviar que dicho diagnóstico tenía relevancia precisamente para adoptar la decisión de interrumpir el embarazo, y que dicha actuación sanitaria no procede en cualquier momento, sino que está sometida a plazos estrictos, o en su caso, a supuestos específicos sujetos a autorización.

Por la interesada se pone en tela de juicio la praxis realizada por la facultativa, cuestión sobre la que difícilmente podemos pronunciarnos, pero sí nos cabe realizar algunas observaciones a este respecto. Y es que, partiendo de la base de que desconocemos hasta qué punto el diagnóstico alcanzado pudo determinarse en la ecografía de las 20 semanas, lo que ciertamente suponemos es que la derivación a Málaga para la práctica de ecocardiografía avanzada había de entrañar un plus de especialización para el examen del corazón del feto, bien por el aspecto técnico del aparataje a utilizar, o bien principalmente por la especialización de los facultativos (cardiólogos pediatras frente a ginecólogos). Y es que de otro modo no tendría sentido la derivación realizada, tanto más si tenemos en cuenta que se llevó a cabo hacia un centro hospitalario ubicado en una provincia distinta a la de residencia de la interesada. Tampoco podemos olvidar que en el Hospital Torrecárdenas ya le practicaron una ecocardiografía inicial a las 16 semanas, por lo que de no aportar aquella un nivel de especialización añadido, hubiera bastado con remitir a la paciente a la ecografía de las 20 semanas, o practicar otra ecocardiografía en dicha fecha en el mismo centro hospitalario.

Sin embargo se estima necesario que se le haga el estudio en Málaga, y por el servicio de cardiología pediátrica se acepta la práctica del mismo, por lo que sin perjuicio de que en la ecografía de las 20 semanas se pudiera llegar o no al diagnóstico definitivo, lo cierto es que el mismo no resultaba esperable sino de la ecocardiografía fijada para el 31 de Agosto.

El problema se suscita fundamentalmente por los tiempos que se manejan en el proceso, limitados por un lado por los momentos del proceso de gestación que resultan adecuados para que las pruebas deban llevarse a cabo, y por otro, por los límites de idéntica naturaleza que establece la Ley orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva.

Por la información a la que hemos podido acceder el momento adecuado para llevar a cabo la ecocardiografía fetal avanzada se sitúa alrededor de las 20 semanas de gestación, mientras que el dictado de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de Marzo, marca el umbral de las 22 semanas de gestación para que se pueda interrumpir el embarazo por causas médicas que afecten al feto, traducidas en riesgo de graves anomalías dictaminadas con anterioridad a la intervención por dos especialistas distintos al que la practique. Más allá de este plazo es necesario que las anomalías dictaminadas resulten incompatibles con la vida, o que la enfermedad detectada sea extremadamente grave o incurable y así se confirme por un comité clínico.

Ciertamente la redacción de los supuestos no resulta todo lo clara que sería deseable, pero de lo expuesto se deduce que después de las 22 semanas no basta que las patologías detectadas en el feto sean graves, sino que es preciso que sean incompatibles con la vida o bien que sean incurables o extremadamente graves en opinión de un comité

que se prevé exclusivamente a estos efectos. En resumidas cuentas, que es posible hablar de patologías que pudieran dar lugar a la interrupción del embarazo antes de la semana 22, que, sin embargo, no podrían sustentar dicha actuación con posterioridad a dicha fecha.

Todo ello nos lleva a desear que la decisión sobre el aborto cuando el mismo obedece a causas médicas atribuibles al feto, se lleve a cabo en el menor tiempo posible, conforme a las posibilidades de diagnóstico prenatal, atendiendo al momento evolutivo del feto que viene marcado por el estadio de la gestación.

Así tras la derivación para ecocardiografía avanzada motivada por riesgo alto de anomalías fetales, se determinó la citación en cuatro semanas, tras evaluación del caso en el servicio. Se dice en el informe que al momento de la petición la gestante estaba de 16 semanas, por lo que la previsión inicial se planteó para la semana 20. Pero si la interesada estaba de 16 semanas cuando se le practicó la primera ecocardiografía, al momento de valorar la solicitud para la segunda debía estar al menos de 16+5, por lo que la citación en cuatro semanas la situaba como mínimo al borde de las 21 semanas. A lo anterior se añade que la prueba, quizás por el error aludido en el informe, no se llevó a cabo en el término dictaminado, sino que se practicó una semana más tarde, por lo que la interesada se encontraba al momento de realizarse la misma sin tiempo material para la práctica del aborto por *“riesgo de anomalías graves en el feto”*.

Estimamos por tanto que la coordinación entre los distintos servicios o unidades de gestión clínica, así como entre los diversos dispositivos asistenciales, debe extremarse al punto que permita acompañar la realización de las pruebas necesarias para el diagnóstico de graves anomalías fetales, con el límite de las 22 semanas previsto legalmente para proceder a la interrupción del embarazo cuando existe riesgo de aquellas, pues en principio no es posible asegurar que dichas anomalías revistan las características que permiten el aborto una vez traspasado dicho límite temporal, afectando de esta manera a las posibilidades de decisión de la gestante; y por otro lado, en dicho caso, la obliga a la prolongación del embarazo el tiempo de realización de los trámites, incrementando su sufrimiento.

Y es que el Real Decreto 825/2010, de 25 de mayo, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de Marzo, regula la composición y el funcionamiento de los comités clínicos que han de autorizar la interrupción del embarazo en los casos de patologías incurables o extremadamente graves, y determina la iniciación del procedimiento mediante la solicitud de la propia gestante, debiendo la Administración Sanitaria asignar el caso al comité que proceda en el plazo de 24 horas, que tiene 10 días para emitir el informe, el cual habrá de ser comunicado en 12 horas al órgano competente de la Administración Autonómica, y después inmediatamente a la interesada.

En nuestra Comunidad Autónoma el órgano competente para la tramitación del expediente y su asignación al comité clínico correspondiente es la Delegación Territorial de Salud y Bienestar Social, y el encargado de las notificaciones a la interesada, la Dirección Gerencia del hospital al que esté adscrito el comité que emite el dictamen.

Desconocemos los pasos que se dieron en este caso para tramitar el expediente, aunque nos consta que se intentó agilizar el procedimiento, pues así lo reconoce la propia interesada, sin que la demora que denuncia respecto del momento de la

notificación por el hospital resulte significativa, y mucho menos pueda atribuirse a la misma las consecuencias que la interesada le encadena.

De todas maneras no podemos sino manifestar nuestra comprensión respecto de los sentimientos vividos por la reclamante, en el sentido de que cualquier prolongación de los trámites, por mínima que fuera, implicaba una prolongación de una situación que llega a calificar de agónica

Lo que sí pensamos que pudo evitarse fue la derivación de la interesada a la clínica de Sevilla, y el desplazamiento consiguiente desde Almería, que resultó infructuoso, pues si aquella ya se encontraba de 21+6 semanas cuando la vieron en Málaga, lógicamente cuando acudió a Sevilla tres días más tarde ya se había superado el plazo legal de las 22 semanas, por lo que la necesidad de autorización del comité era clara, y la negativa del centro encargado de practicar el aborto, previsible.

Como resultado de toda esta reflexión y teniendo en cuenta las posibilidades que a esta Institución confiere el artículo 29.1 de la Ley 9/83, de 1 de Diciembre, reguladora del Defensor del Pueblo Andaluz, estimamos oportuno elevar a las Direcciones Gerencias de los centros hospitalarios implicados las siguientes **Sugerencias**:

“1.- Que cuando se soliciten pruebas de diagnóstico prenatal con relevancia para decidir sobre la interrupción voluntaria del embarazo, se fijen en la medida en que la naturaleza de las pruebas lo permita, con antelación suficiente respecto del límite legal establecido (22 semanas) para la práctica del aborto por causa de graves anomalías en el feto.

2.- Que se agilicen los procedimientos de autorización por lo comités clínicos, respetándose los plazos normativamente previstos para la comunicación del informe a la gestante, evitándose derivaciones y desplazamientos innecesarios, cuando por superación del límite legal, está clara la necesidad de su intervención”.

Recibidos los informes que habíamos solicitado a las Direcciones Gerencias de los Hospitales Torrecárdenas y Carlos Haya, para dar respuesta a las sugerencias contempladas en la resolución emitida en esta queja, ambos hospitales nos comunicaron que se iban a establecer con los servicios de obstetricia del área de referencia del centro citado en último lugar, las causas y vías de derivación a cardiología pediátrica, y que se iba a agilizar la tramitación de las citas, otorgándoles la máxima prioridad.

A la vista de lo aportado por la Administración Autonómica, entendimos que el contenido de nuestra Resolución había sido asumido favorablemente, por lo que dimos por concluidas nuestras actuaciones y procedimos al archivo del expediente de queja.

En este mismo orden de cosas durante el año 2013, se han seguido presentando quejas sobre el papel que corresponde a las matronas en la atención al parto de bajo riesgo reivindicativo de la autonomía de estas profesionales para el ejercicio de las funciones para las que vienen capacitadas por su titulación, planteándose diversas reivindicaciones al respecto, tales como la **queja 13/6571** y **queja 13/6808**. En esta última, comparecieron un grupo de matronas andaluzas en paro para denunciar las diferencias existentes entre las distintas provincias andaluzas en cuanto a la ratio de matronas de los

centros de salud, de lo que derivan una situación desigual en la atención a la salud de las mujeres en cuanto a la maternidad y durante toda su vida reproductiva.

Teniendo en cuenta los antecedentes que obran en esta Institución sobre este asunto, consideramos interesante retomar su análisis desde el momento en que lo dejamos, para constatar los avances o retrocesos que se hayan producido, y el grado de cumplimiento de las conclusiones del estudio aludido.

Pues bien, este asunto ya fue objeto de valoración por parte de esta Institución en el expediente de queja 07/2272, aunque entonces la cuestión se planteó exclusivamente en relación con la provincia de Córdoba, en la que solamente se contabilizaban tres profesionales de atención primaria (en Montoro, Puente Genil y Lucena).

Por parte de la Administración sanitaria, se alegó que en dicha provincia se garantizaban las actuaciones previstas en el proceso asistencial de embarazo, parto y puerperio, con los mismos criterios de calidad y eficiencia que en el resto de Andalucía, viniendo a decir prácticamente que las funciones asignadas en aquél a las matronas de Atención Primaria, se pueden desarrollar igualmente por las enfermeras de familia, mientras que en el ámbito en el que las primeras son verdaderamente insustituibles, es el de la asistencia especializada hospitalaria.

Por los informes solicitados en el curso de la tramitación de dicho expediente, pudimos conocer que la Administración había elaborado un estudio sobre las necesidades de formación de matronas en los años siguientes al mismo, con el objeto de cubrir las vacantes por jubilaciones, así como para subvenir a las necesidades de estos profesionales en Atención Primaria, las cuales se cifraban en la incorporación de 59 profesionales en esta área.

En este sentido, esgrimimos que las conclusiones de este estudio solo se habían proyectado en cuanto a la creación de nuevas unidades docentes, con incremento de la oferta de plazas de formación, pero no en cuanto a la creación de plazas de matronas de atención primaria, fijando las plantillas y el calendario de dotación de las mismas.

En definitiva, en el curso de esta queja elaboramos una resolución que contenía diversas Recomendaciones, las cuales no pudimos considerar aceptadas por parte de esa Administración, a pesar de lo cual se anunciaba que tanto la provincia de Córdoba como la de Almería contarían con una nueva plaza de matrona.

Pues bien, las interesadas en este expediente nos trasladaban un planteamiento muy similar, por lo que consideramos interesante retomar el análisis de este asunto desde el momento en que lo dejamos, para constatar los avances o retrocesos que se hubieran producido, y el grado de cumplimiento de las conclusiones del estudio aludido.

A dicho planteamiento sin embargo, añadían una cuestión novedosa, y era que la sustitución de las matronas por enfermeros/as también se estaba produciendo en el ámbito hospitalario, donde esa Administración las consideraba indiscutibles.

De esta manera las promotoras realizaban la siguiente radiografía de la situación actual por provincias:

“1.- Almería: hay un total de cuatro matronas en atención primaria (centros de salud de Ejido Norte, Roquetas Sur, Níjar y Bajo Andarax) y ninguna en la capital, para atender una población de 98.000 mujeres.

Señalan que hay enfermeras poniendo monitores en la consulta de bienestar fetal del hospital Torrecárdenas, y solo una matrona en la planta de tocoginecología del hospital de Poniente, sin que se contabilice ninguna en las plantas de maternidad de ambos hospitales.

2.- Cádiz: hay 36 matronas en atención primaria, pero no cuentan con dicha profesional en el centro de salud de Jimena del Campo, ni en los hospitales concertados del grupo Pascual.

3.-Córdoba: siguen existiendo únicamente tres matronas en atención primaria en toda la provincia, y no hay matrona en la consulta de bienestar fetal del hospital de Cabra.

4.-Granada: se contabilizan 15 matronas en atención primaria, constando la ausencia de las mismas en muchos centros de salud, y la falta de cobertura de las plazas que quedan vacantes por jubilación, como la del centro de salud del Zaidín.

5.- Huelva: solo hay 10 matronas en primaria, no existen en la mayoría de los centros de salud.

6.- Jaén: 10 matronas en primaria, no existen en poblaciones como Linares, Bailén o Andújar, mientras que en Jódar se está sustituyendo por una enfermera durante seis meses. En los hospitales de Jaén y Úbeda las enfermeras realizan monitorizaciones fetales y educación de gestantes diabéticas.

7.- Málaga: dispone de matronas en la mayoría de sus centros de salud, en total 40.

8.- Sevilla: hay 60 matronas en atención primaria, pero constan enfermeras realizando monitorizaciones en consulta de alto riesgo del hospital Virgen Macarena, no existe matrona en la planta de obstetricia del hospital de Osuna, y no se sustituyen las plazas de esta categoría, o se hace con personal enfermero (centro de salud de Marchena)”.

Las reclamantes señalaban que sería interesante comparar distintos indicadores (tasa de abandono de la lactancia materna, calidad de las visitas durante el embarazo y postparto, vigilancia de los recién nacidos durante la primera semana tras el alta hospitalaria, tasa de reingreso de estos últimos por ictericia, deshidratación, etc) entre las provincias que tenían mayor número de matronas en sus centros de atención primaria, y el resto de las provincias; así como preguntar a las usuarias sobre sus preferencias en cuanto a que su embarazo, maternidad, puerperio, vida reproductiva, fuese controlado por una matrona o por una enfermera.

Como consecuencia del déficit que estaban denunciando, las interesadas también referían que en Andalucía no se contemplaba la atención a la salud integral de las

mujeres, desde la adolescencia hasta la menopausia, y se dejaban fuera aspectos tan relevantes como planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, apoyo a la lactancia, afrontar pérdidas perinatales, prevenir disfunciones del suelo pélvico,... en definitiva, ofrecer resultados en salud con profesionales disponibles y formados específicamente en estos aspectos.

Afirmaban que muchas de las expectativas que las gestantes señalaban en el PAI de embarazo, parto y puerperio *“que los profesionales sean los adecuados”, “continuidad en el proceso por el mismo profesional”, “que en vacaciones el seguimiento sea igual que el resto del año”, “que los profesionales estén capacitados”, “que se apoye la lactancia materna”, “que al alta haya continuidad en el seguimiento del proceso”, “visita domiciliaria precoz en el puerperio y adaptada con horario flexible”,...* deberían ser tenidas en cuenta por esa Administración en el momento de planificar los recursos humanos asignados a las necesidades de la salud reproductiva de las andaluzas.

En último término, traían a colación múltiples recomendaciones nacionales e internacionales que respaldaban y avalaban las competencias de las matronas, así como el marco profesional de las mismas, atendiendo a la legislación nacional y europea, y el programa de formación de la especialidad

En resumidas cuentas, las promotoras de la queja aspiraban a que se eliminase lo que consideraban una forma de discriminación en la atención de las mujeres y que todos los centros de salud, plantas de maternidad, y consultas obstétrico-ginecológicas del Servicio Andaluz de Salud ofrecieran en su cartera de servicios la prestación de las matronas, y específicamente planteaban:

“- que se revise el PAI embarazo, parto y puerperio para adecuarlo a las actuales recomendaciones y evidencias que avalan la idoneidad de las matronas por encima de otros profesionales, para asumir el cuidado de la mujer durante su maternidad, y toda su vida reproductiva, así como la atención al recién nacido sano hasta los 28 días de vida.

- que se revise el número de plazas convocadas en la próxima OPE, que solo contempla 6, lo que resulta totalmente insuficiente para cubrir la demanda actual para una cobertura de calidad de la atención a la salud materno-infantil de Andalucía.

- que en todos los centros sanitarios las monitorizaciones fetales sean competencia de las matronas.

- que se sustituya a las matronas por profesionales de su misma categoría y no se haga con enfermeras no especialistas, puesto que hay matronas disponibles en la bolsa de trabajo.

- que se reconviertan las plazas que vienen siendo ocupadas por enfermeras generalistas que están realizando funciones de matronas en la mayoría de centros de salud andaluces, por puestos de enfermería especialista en obstetricia y ginecología.

- que no se amorticen las plazas de las matronas que se jubilan”.

En vista de todo ello, la queja fue admitida a trámite, solicitamos los informes oportunos y estamos a la espera de la preceptiva respuesta.

Otro grupo de quejas, tratadas en el 2013, ya vienen siendo reiteradas también en esta sección. Nos referimos aquellas que atañen las demoras para acceder a las técnicas de Reproducción Asistida del Sistema Sanitario Público. Así, la **queja 12/4064**, **queja 12/6738**, y **queja 13/2966**. En esta última, la interesada se quejaba de que le había denegado segundo ciclo de FIV (fecundación in vitro), por mala respuesta ovocitaria.

En la respuesta que nos mandaba la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Puerta del Mar se nos informaba de lo siguiente:

- Que la Unidad de Reproducción Asistida de este Centro organizaba su asistencia de acuerdo a la Guía de Reproducción Humana Asistida vigente en el Servicio Andaluz de Salud. En dicha guía se consideran como límite máximo la oferta de dos ciclos de tratamiento limitados por evidencia de mala reserva folicular o calidad ovocitaria.

Para la realización de un ciclo de FIV/ICSI se requiere la evidencia de una buena reserva folicular o calidad ovocitaria.

La inducción de multiovulación para poder planificar una punción folicular con recuperación de ovocitos previa a la realización de FIV/ICSI para posterior transferencia de embriones es un procedimiento complejo, no exento de riesgo para la mujer, por lo que las guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica, recomiendan que se realice en los casos en que existe una buena reserva folicular y posibilidad de recuperación de ovocitos con capacidad fecundante.

El límite máximo de dos ciclos como máximo de tratamiento, se refiere en casos en que existe la constatación de buena reserva folicular/calidad ovocitaria.

- Que en el caso de la interesada, tras un correcto protocolo de estimulación ovárica y con adecuadas dosis administradas, tras la punción ovárica sólo se recuperó 1 vacilo maduro apto para la técnica de microinyección de espermatozoides, y se obtuvo 1 embrión evolutivo, con transferencia de 1 embrión.

Para la realización del segundo ciclo de estimulación ovárica, es necesario la obtención de al menos 4MII (ovocitos maduros) durante la realización del primer ciclo.

- Que en la Unidad de Reproducción evalúan cada caso individualmente en una comisión clínica para tratar de conseguir los mejores resultados posibles garantizando la seguridad de las pacientes, pues el síndrome de hiperestimulación ovárica producido por los fármacos que se utilizan para inducir la ovulación, es una enfermedad potencialmente grave que puede producir secuelas importantes.

- Que aunque controlan estrechamente a las pacientes a las que se instaura un protocolo de tratamiento de inducción de ovulación, no es posible garantizar que no se presenten las complicaciones referidas anteriormente.

- Que debido al escaso número (1) y la deficiente calidad de los ovocitos recuperados en la interesada, la posibilidad de conseguir una gestación viable es

excepcional, por lo que no consideraron adecuado iniciar un nuevo ciclo de estimulación ovárica.

- Que la fecha de inclusión en la lista de espera se realiza cuando están finalizadas todas las pruebas clínicas en el hospital que remite a la paciente. La gestión de la lista de espera de pacientes para realizar ciclos de FIV/ICSI se realiza por estricto orden de entrada con criterios de absoluta transparencia.

- Que la realización de un segundo ciclo u otros tratamientos no se recoge en los consentimientos informados, pues se llevan a cabo en dependencia de criterios clínicos que no pueden valorarse hasta que no se ha finalizado el primer tratamiento.

- Que la posibilidad de gestación evolutiva en la interesada era muy baja, considerando la Unidad de Reproducción que no era adecuada la realización de un ciclo Estimulación ovárica/FIV que presenta potenciales riesgos para la paciente cuando no existe una posibilidad razonable de gestación.

A la vista del contenido del informe remitido, no se consideró que hubiera existido una actuación irregular por parte del hospital, por lo que dimos por concluidas las actuaciones.

Las otras dos quejas citadas, versaban sobre la demora para tratamientos FIV en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, en las que, si bien, ambas las cerramos por no irregularidad, sí se nos informaba que la alta demanda existente en la sanidad pública para la realización de tratamientos de reproducción humana asistida y la limitada capacidad de oferta del sistema, producían un balance deficitario. Añadiendo que por ello existía una lista de espera para la realización de un segundo ciclo de fecundación in vitro.

En esta ocasión, en la **queja 13/2862**, el interesado nos trasladaba su malestar por la demora que presidía el proceso asistencial dirigido a la reasignación de sexo, para algunas de cuyas actuaciones le habían anunciado una espera de dos años. Por otro lado, también se lamentaba de que tenga que esperar un tiempo similar para acceder a la rectificación registral del sexo y el nombre.

Por lo que hace a este último aspecto, comprendíamos perfectamente las molestias que esta situación le generaba en su vida cotidiana, de las cuales nos trasladaba varios ejemplos. A este respecto, sin embargo, tuvimos necesariamente que indicarle que la aludida espera de dos años venía establecida por ley.

En concreto la Ley 3/2007 de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, exige como requisito para acceder a aquella, que la persona solicitante haya sido tratada durante al menos dos años para adecuar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado, y lo acredite con informe del médico que haya dirigido el tratamiento, o en su defecto, de un médico forense especializado.

No podemos obviar que este trámite se dirige a constatar un cambio de identidad de género ya producido, que debe ser acreditado, lo que sin duda exige el transcurso de un cierto período de tiempo.

En todo caso, esta ley emana de las Cortes Generales, por lo que las iniciativas para su modificación habrían de partir del Defensor del Pueblo del Estado, al que puede dirigirse con esta pretensión, si lo desea.

En cuanto al proceso asistencial que conduce a la reasignación de sexo, coincidimos con el interesado en que se prolonga en demasía, fundamentalmente en lo relativo a las intervenciones quirúrgicas que se hacen necesarias, pues en nuestra Comunidad Autónoma solo hay un hospital que las practica, con una determinada programación de quirófanos para esta finalidad.

No obstante, nos parecía que en su caso, a salvo de la indicación para la mastectomía, todavía no se encontraba pendiente de intervención, sino en el proceso de consultas previas que habían de conducir a aquella, que por lo demás se venían sucediendo con normalidad, por lo que consideramos que en este estado de cosas no podíamos admitir la queja a trámite, sin perjuicio de que pudiera acudir a nosotros si aparecían nuevas incidencias o la situación se enquistaba, prolongándose la demora quirúrgica más allá de lo razonable..

SECCIÓN TERCERA: LOS DERECHOS DE LOS MENORES

1. Menores con necesidades especiales.

La violencia protagonizada por jóvenes suele ser causa creciente preocupación en nuestra sociedad. No dejan de aparecer en los medios de comunicación noticias que alarman sobre conductas antisociales protagonizadas por adolescentes y como en muchas ocasiones tales conductas requieren un abordaje diferente al que se pudiera proporcionar desde el ámbito de la responsabilidad penal.

En más ocasiones de las deseables recibimos en la Institución quejas presentadas por familias preocupadas por un hijo o un familiar menor de edad que tiene una conducta inadaptada que supera sus posibilidades de contención y control. Nos dicen haber pedido ayuda en distintas instancias administrativas y acuden a la Defensoría como última solución.

Así en la **queja 13/1039** la interesada nos decía que su hijo padecía un trastorno de conducta (trastorno por déficit de atención con negativismo desafiante) por el que venía siendo atendido en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil del Hospital Juan Ramón Jiménez, de Huelva. Dicho problema de salud mental afectaba a su comportamiento en el instituto, obteniendo como respuesta una aplicación estricta la normativa de convivencia, con constantes medidas disciplinarias de expulsión de centro que afectan a su progreso educativo.

Dicha queja concluyó en lo que creíamos una solución favorable para el menor, toda vez que por parte de la madre se asumieron las propuestas realizadas por la Administración educativa para la solución de la problemática que presentaba su hijo. No obstante, pasado el tiempo la madre volvió a requerir la intervención de esta Institución ante el fallido resultado de tales actuaciones, persistiendo el menor en idénticas conductas y reiterándose las expulsiones en aplicación de la normativa de convivencia.

Tras reiniciar nuestras actuaciones en la queja solicitamos la emisión de un informe a la Delegación Territorial de Educación en Huelva, el cual reflejaba que desde inicios del curso 2012-13 el menor venía siendo atendido siguiendo las indicaciones dadas por el Equipo de Orientación Educativa Especializado en trastornos graves de conducta, para abordar de manera singular el trastorno negativista desafiante que padecía.

El informe precisaba que la Delegación Territorial había podido constatar un alto grado de implicación de todos los profesionales concernidos en la evolución del alumno, así como la enorme dificultad para dar una respuesta educativa acorde a los problemas que éste presentaba. También reflejaba la Delegación de Educación que para una intervención más eficaz resultaba indispensable la colaboración tanto del menor como de su familia para administrar los tratamientos médicos prescritos y para llevar a cabo las medidas acordadas con los distintos profesionales del ámbito educativo.

Para el análisis de la cuestión que se sometía a nuestra consideración no podíamos pasar por alto el difícil abordaje de los problemas conductuales de los menores en edad adolescente, que requieren del compromiso y dedicación tanto de familia (alteración de los hábitos de comportamiento y de las relaciones intrafamiliares), del propio adolescente, como de los profesionales implicados en su tratamiento. Desde nuestra óptica solo un abordaje simultáneo y en la misma dirección de todos los actores implicados puede

arrojar resultados satisfactorios, por pequeños que éstos pudieran parecer, sin que fuese aceptable achacar en exclusiva la responsabilidad por los resultados fallidos al personal del instituto de Enseñanza secundaria en que el menor se encontraba matriculado.

Por ello, en aras de contribuir a una posible solución, sugerimos a los familiares del menor que abordasen el problema con el Equipo de Salud Mental que lo venía atendiendo, para de forma conjunta con la Administración educativa y contando con su inestimable colaboración y dedicación, pudieran intentar una nueva estrategia para solventar o al menos paliar los problemas conductuales que presentaba el alumno.

De tenor similar es la **queja 12/4448** en la que los padres adoptivos de 3 menores relataban la difícil situación en que se encontraban como consecuencia de la conducta del mayor de ellos, de 13 años de edad, que ha abusado sexualmente de sus 2 hermanos.

Nos decían que su hijo estaba recibiendo tratamiento de salud mental en la Unidad de Salud Mental Infante Juvenil del Hospital y que próximamente iba ingresar en una escuela hogar. Nos dicen que hasta el momento todas las terapias que ha recibido no han dado resultado, entre ellas las del programa de tratamiento para agresores sexuales, y que en la tesitura de proteger a sus otros hijos solicitan de la Administración una actuación decidida para facilitar un tratamiento especializado idóneo a sus circunstancias.

Tras admitir su queja a trámite solicitamos informe a la Delegación Territorial de la Consejería de Salud y Bienestar Social, respondiéndonos que en su caso no se observaban indicadores de desprotección ya el padre y la madre de los menores eran diligentes en su cuidado y atienden adecuadamente sus necesidades, procurando para él la atención especializada que podía proporcionarle tanto la Administración Educativa como el Sistema Sanitario Público.

En el informe que nos fue remitido -del que le dimos traslado a los padres para que alegasen lo que estimasen conveniente- se hacía alusión a los resultados de la intervención especializada del Equipo de Intervención en Casos de Abuso Sexual (EICAS) que concluyó la evaluación del menor refiriendo que su caso no podía contemplarse como un supuesto típico de un abuso sexual, tratándose más bien de una exploración desmesurada de la sexualidad entre ambos hermanos. También se aludía al tratamiento efectuado a la hermana, menor de edad, quien recibiendo el alta terapéutica con indicaciones de seguimiento posterior.

Respecto del menor objeto de la queja también se produjo el alta tras recibir tratamiento por el EICAS, en este caso como consecuencia de iniciar tratamiento por la Unidad de Salud Mental Infante Juvenil del Hospital. Con posterioridad este tratamiento se vio interrumpido tras ingresar el menor en una escuela hogar, dependiente de la Consejería de Educación, residiendo el menor allí durante el período lectivo y regresando con su tía materna en período de vacaciones y durante los fines de semana.

Culminaba su informe la Delegación Territorial de Salud y Bienestar Social señalando que la familia traslado su residencia al extranjero, donde residían los padres junto con 2 de sus hijos, permaneciendo el menor al cuidado de una tía materna. En estas circunstancias la Administración estimaba que los menores estaban siendo atendidos de forma correcta por su familia y que a su vez habían recibido atención especializada

conforme esta fue requerida, sin que por tanto sea necesaria una intervención del Ente Público de Protección de Menores.

Nuestra valoración del presente caso coincidía con dicha apreciación. A tales efectos ponderamos que la intervención del Ente Público de Protección de Menores quedaba reservada para aquellos supuestos en que no resultara viable la permanencia del menor en su propio entorno familiar, al carecer su familia de posibilidades o habilidades para atender sus necesidades, estando por ello en situación de desamparo. Así el artículo 23 de la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor, se enumeran los supuestos graves que darían lugar a la declaración de desamparo de un menor, asumiendo en consecuencia su tutela la Junta de Andalucía. Para dicha finalidad el artículo 18.2 de la misma Ley establece que la Administración de la Junta de Andalucía es la entidad pública competente para el ejercicio de las funciones de protección de menores que impliquen la separación del menor de su medio familiar. Y el artículo 19 determina como criterio de actuación la preeminencia de la permanencia del menor en su propio entorno familiar, y que cuando esto no sea posible se haya de proceder a su acogida en un centro de protección, con carácter provisional y por el período más breve posible.

Por todo lo expuesto, sugerimos a la familia que el menor prosiguiese con el abordaje terapéutico que venía recibiendo por parte del Equipo de Salud Mental, conforme a sus pautas y protocolos de intervención. Dicho Equipo habría de valorar la evolución del paciente y atendiendo a las circunstancias de su cuadro clínico, podría llegar a decidir un cambio en las indicaciones terapéuticas conforme a las disponibilidades existentes en el Sistema Sanitario público.

Y si la valoración de las actuaciones de la Administración en esta queja resultaba positiva no podíamos decir lo mismo de lo ocurrido en la **queja 12/3491** en la que la madre de un menor alegaba la situación de riesgo/desamparo en que se encontraba su hijo, afectado por trastorno del comportamiento. La interesada compareció con anterioridad ante esta Institución quejándose de la falta de ayuda que recibía de las Administraciones para atender los problemas conductuales del menor, quedando éste en una situación de desprotección, al albur de los hechos a los que le pudiera conducir su conducta descontrolada y asocial.

Así, en el expediente de **queja 11/3845** solicitamos información al respecto tanto a la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Bienestar Social como a los servicios sociales comunitarios del Ayuntamiento. Desde la Delegación Territorial nos fue remitido un informe que señalaba como la madre fue atendida en el Servicio de Protección de Menores en junio de 2010, a petición propia, al objeto de exponer la situación de su hijo, en cuya entrevista informó que había retirado una denuncia relativa al menor, evitando con ello que ingresara en un centro de internamiento para menores infractores. A continuación, expuso su delicada situación y como precisaba ayuda urgente de la Administración ante los graves problemas de conducta que padecía el adolescente.

A resultados de dicha comparecencia, la Delegación Territorial solicitó la emisión de un informe a los servicios sociales del Ayuntamiento de la localidad de residencia del menor, precisando que se encontraban a la espera de respuesta para decidir posibles actuaciones.

A este respecto, los servicios sociales municipales nos remitieron información que recalca que la situación del menor había experimentado un deterioro paulatino, siendo así que en esos momentos presentaba una conducta de absentismo escolar y ya no

convivía con la madre, residiendo a solas en un piso propiedad de la madre a la cual ésta acudía diariamente para llevarle comida, limpiarlo y adecentarlo. En el informe municipal también se señalaba que el padre apenas había tenido contacto con su hijo, por lo cual no había establecido lazos afectivos y no mostraba disposición a hacerse cargo de él.

En vista de dicha situación, decidimos solicitar de la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Bienestar Social la emisión de un nuevo informe comprensivo de las actuaciones definitivamente realizadas respecto de la denuncia y, en su caso, las medidas de protección acordadas a favor del menor. En respuesta a nuestro requerimiento, a punto de concluir el año 2011 nos fue remitido un informe del siguiente tenor literal:

“A raíz de la recepción del citado informe donde se expone que el menor se encuentra en situación de riesgo, por parte del Servicio de Protección de Menores de esta Delegación se ha procedido a la apertura de expediente de protección e iniciar estudio al objeto de determinar si es necesaria la adopción de alguna medida protectora. Inicialmente y teniendo en cuenta las características del menor y su entorno desde el Servicio de Protección de Menores se considera necesario agotar la intervención en el medio por parte del Equipo de Tratamiento Familiar. A tal fin se llevará a cabo coordinación con el citado Equipo al objeto de valorar el plan de preservación familiar y el plan de contingencia en caso de que la misma no generara los resultados deseados.(...)”

Una vez transcurridos más de 6 meses desde aquella fecha volvió a comparecer la interesada en queja ante esta Institución, manifestando la desesperada situación en que se encontraba y retirando su petición de ayuda para solventar la grave situación de su hijo. El nuevo escrito de queja de la interesada era del siguiente tenor literal:

“(...) Me he puesto en contacto con ustedes muchas veces, pero cada vez el problema crece mas y no tengo ayuda. Mi hijo, de casi 16 años, se está destrozando la vida muy rápidamente. No les estoy diciendo que mi hijo es travieso, que no estudia, que no me obedece, aunque también, lo que le estoy diciendo es que mi hijo se está destrozando la vida y la mía con la de él.

No ha ido al instituto ni un solo día de este curso pasado, fuma de todo lo que le da la gana, incluso drogas, bebe alcohol, está toda la noche en la calle y durante el día duerme.

No acepta normas, no tiene horarios para comer, no se alimenta, no tiene la suficiente higiene. Estamos siempre discutiendo porque no le doy dinero, no sabe apenas ni escribir ni leer porque no ha aprobado nunca un curso, lo han ido pasando por la edad.

Él necesita ayuda psicológica y que lo encaminen bien. Yo soy madre soltera y su padre no quiere saber nada. Le he cogido varias veces cita con un psicólogo pero no ha consentido de ir. Yo no puedo con él.

Este problema lo tengo desde hace ya varios años pero cada vez va a peor. Por favor no dejen que mi hijo sea un delincuente o un drogadicto, por favor ingrésenlo en algún centro por un tiempo para que lo ayuden, no pido que

el día de mañana sea un médico o ingeniero, solo pido que no se meta en las drogas y que trabaje como buenamente pueda, pero con salud. (...)”.

En vista de la situación del menor descrita por la madre, y atendiendo al supremo interés del menor, solicitamos de la Delegación Territorial que nos informase acerca del resultado del expediente de protección incoado sobre el menor y las posibles medidas acordadas para salvaguardar sus derechos y supremo interés.

Lamentablemente, a pesar del empeño puesto por la madre, de las peticiones reiteradas de ayuda para su hijo efectuadas ante distintos organismos e instituciones públicas, entre ellas este propio Defensor, los negros presagios de la madre llegaron a materializarse siendo así que las medidas que pudiera adoptar el Ente Público de Protección de Menores carecían ya de sentido ante las inevitables consecuencias de la espiral de acciones violentas o antisociales, al punto de serle impuesta una medida de internamiento por parte de un Juzgado de Menores, en aplicación de la legislación de responsabilidad penal.

Así, madre e hijo se personaron en la sede del Servicio de Protección de Menores comunicando esta circunstancia, con el consecuente archivo de actuaciones en el expediente de protección, sin perjuicio de su posible reapertura de persistir la situación tras finalizar el cumplimiento de la medida.

También en la **queja 13/690** la madre de un menor afectado de autismo y cuya conducta era muy violenta, nos decía que le resultaba imposible contener su conducta agresiva cuando regresaba a casa después de su estancia en el centro al que acudía diariamente.

Mejor que nada el relato de la madre para comprender la situación a la que nos estamos refiriendo:

“(...) La situación familiar que atravesamos tanto yo como mi hijo es insostenible, ya que no puedo hacer frente a las situaciones de extrema violencia que genera su enfermedad, así como en otras ocasiones se escapa por la noche, rompe las puertas y se va a la carretera corriendo un grave peligro y necesitando de la policía local para poder llevarlo de nuevo a la casa. Su fuerza es cada vez mayor y me siento impotente para poder controlarlo. Se hace daño a él y a mi persona. Encuentro mucha dificultad para enfrentarme a la situación, necesitando de asistencia médica en salud mental.

Ruego que atendáis la petición de acogida a mi hijo, ya que sinceramente no puedo atenderlo con las suficientes garantías para su integridad física y personal. Se que en este centro donde está se va a encontrar bien.

Al ocupar plaza en residencia escolar solo puede estar allí cuando hay colegio. Los fines de semana y períodos de vacaciones no puede quedarse, me lo tengo que traer a casa.

Por lo tanto, informo mi intención de no recoger a mi hijo en el centro, poniéndolo en conocimiento al mismo y que informen a quien tenga que hacerlo y saberlo (...)”.

Tras admitir la queja a trámite solicitamos de la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Bienestar Social de Sevilla la emisión de un informe sobre dicha cuestión, respondiéndonos con las actuaciones desarrolladas para valorar el grado de dependencia del menor y las consecuentes prestaciones de las que pudiera resultar beneficiario.

A la delicada situación del menor descrita por la madre se unía lo manifestado por la dirección del centro en un escrito que nos hizo llegar, en el que nos exponía que la situación del menor era muy delicada, indicando que la madre había decidido dejar al menor en el centro, siendo atendido de forma continuada y ejerciendo su guarda y custodia sin ninguna habilitación legal para ello.

En esta tesitura, la Administración hubo de actuar con premura valorando la situación y finalmente en el informe que nos fue remitido se confirmaba la declaración de la situación de desamparo del menor, asumiendo su tutela la Administración y permaneciendo ingresado en mismo centro, habiéndose establecido un régimen de relaciones personales con los padres y demás familia de periodicidad mensual.

OFICINA DE INFORMACIÓN

4. Análisis de las cuestiones planteadas en las consultas.

Como ocurriera en años precedentes, la crisis económica que viene afectando desde hace años a nuestro país ha marcado en gran medida las consultas planteadas a la Oficina de Información del Defensor del Pueblo Andaluz.

En este sentido, a continuación se detallan las cuestiones que, a nuestro juicio, resultan más significativas, clasificándolas en atención a las Áreas en las que se encuentra organizada la Institución.

Área A (Salud, Vivienda e Igualdad):

Salud:

Gran parte de las consultas planteadas en materia de salud han versado sobre las siguientes cuestiones:

- Retrasos en la asignación de especialista, en intervenciones quirúrgicas y en la realización de pruebas diagnósticas.
- Disconformidades con diagnósticos y atenciones recibidas.
- Posibles negligencias médicas.
- Numerosos problemas sobre salud mental.
- Imposibilidad de asumir el coste de tratamientos farmacológicos.

La disminución del crédito presupuestario y la implementación de medidas de control y reducción del gasto por parte de las Administraciones Públicas han sido las que han protagonizado este tipo de actuaciones.