



14. Salud

En el desglose de cada tema hemos incluido todo lo que se dice en el Informe Anual sobre ese tema, tanto en la **materia principal** como en **otras materias**. Asimismo, hemos incluido los artículos de la **Revista Resumen** del Informe Anual que afectan a este tema.

Materia principal	4
1.11. Salud	4
1.11.1. Introducción	4
1.11.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	5
1.11.2.1. Salud Pública	5
1.11.2.2. Atención primaria	6
1.11.2.3. Atención Especializada	7
1.11.2.4. Atención sanitaria de Urgencias	11
1.11.2.4.1. Urgencias extrahospitalarias	12
1.11.2.4.2. Urgencias hospitalarias	14
1.11.2.5. Tiempos de respuesta asistencial	14
1.11.2.6. Praxis médica	17
1.11.2.7. Derechos de los usuarios	18
1.11.2.8. Centros sanitarios	22
1.11.2.9. Prestación farmacéutica	24
1.11.2.10. Salud mental	25
1.11.3. Quejas de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas	27
1.11.3.1. Quejas de oficio	27
1.11.3.2. Colaboración de las Administraciones	27
1.11.3.3. Resoluciones no aceptadas	28
Este tema en otras materias	29
BALANCE DEL DEFENSOR	29
2. Principales indicadores	29
2.1. Políticas sociales	29
3. Cuestiones relevantes	29
3.1. Andalucía despoblada	29
3.5. El derecho a una buena administración	31
1.1. Administraciones Tributarias, Públicas y Ordenación Económica	32
1.1.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	32
1.1.2.2. Administraciones Públicas y Ordenación Económica	32
1.1.2.2.4. Servicios municipales	32
1.2. Cultura y Deporte	33
1.2.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	33
1.2.2.5. Deporte	33
1.3. Dependencia y Servicios sociales	34



1.3.1. Introducción	34
1.3.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	34
1.3.2.1. Dependencia	34
1.3.2.1.2. El programa individualizado de atención	34
1.3.2.2. Personas con discapacidad	35
1.3.2.2.5. Este tema en otras materias	35
1.3.2.2.5.3. Servicios de interés general y consumo	35
1.3.2.2.5.5. Medio ambiente	36
1.3.2.3. Servicios Sociales	36
1.3.2.3.4. Adicciones	36
1.4. Educación	36
1.4.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite: Enseñanzas no universitarias	36
1.4.2.2. Escolarización del alumnado	36
1.4.2.4. Convivencia en los centros docentes	37
1.4.2.5. Servicios Educativos complementarios	38
1.4.2.6. Equidad en la educación	38
1.4.3. Análisis de las quejas admitidas a trámite. Enseñanzas Universitarias	39
1.4.3.2. Oferta adaptada a las personas celiacas en los comedores universitarios	39
1.5. Empleo Público, Trabajo y Seguridad Social	40
1.5.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	40
1.5.2.3. El principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en el ámbito del acceso al empleo público y el desarrollo de las condiciones de trabajo	40
1.5.2.3.1. Discriminación por no contabilización de los periodos de baja maternal/paternal como servicios prestados a los efectos de procesos de movilidad interna en el SAS	41
1.5.2.4. En relación con el acceso al empleo público	41
1.5.2.4.2. Utilización de procedimientos electrónicos en los procesos selectivos de acceso al empleo público	41
1.5.2.4.4. Acceso al empleo público con carácter temporal	42
1.5.3. Quejas de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas	43
1.5.3.1. Quejas de oficio	43
1.6. Igualdad de Género	43
1.6.1. Introducción	43
1.6.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	44
1.6.2.2. Empleo público, trabajo y seguridad social	44
1.6.2.3. Salud	45
1.6.2.7. Educación, personas menores y cultura	48
1.7. Infancia, Adolescencia y Juventud	48
1.7.6. Responsabilidad penal de menores	48
1.8. Justicia, Prisiones y Política Interior	48
1.8.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	48
1.8.2.2. Prisiones	48
1.8.3. Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas	53



1.8.3.1. Actuaciones de Oficio	53
1.10. Personas migrantes	53
1.10.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	53
1.10.2.4. Protección del derecho a la salud de las personas migrantes	53
1.12. Servicios de Interés General y Consumo	54
1.12.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	54
1.12.2.1. Servicios de interés general	54
1.12.2.1.1. Energía	54
1.12.2.1.1.2. Los cortes de luz relacionados con el fraude en el suministro para actividades delictivas	54
1.12.2.2. Otras cuestiones relacionadas con Consumo	55
1.13. Sostenibilidad, Medioambiente y Obras Públicas	56
1.13.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	56
1.13.2.1. Sostenibilidad y Medioambiente	56
1.13.2.1.1. Limpieza viaria, residuos y vertederos	56
1.13.2.1.3. Contaminación atmosférica, calidad ambiental, sanidad y salubridad	57
1.14. Urbanismo y Ordenación del Territorio	62
1.14.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	62
1.14.2.1. Urbanismo	62
1.14.2.1.2. Disciplina Urbanística	62
3. Oficina de Información y Atención a la Ciudadanía	62
3.3. Análisis cualitativo de las quejas	62
3.3.7. Salud	62
3.3.8. Procedimientos de extranjería y cuestiones conexas	63
REVISTA RESUMEN DEL INFORME ANUAL	64
02. A debate	64
- Suministro de medicamentos. Dificultades en el acceso a la prestación farmacéutica	64
03. Nuestras Propuestas	65
- La información también es salud. El derecho del paciente a estar bien informado	65
04. Mejorar Las Normas	67
- Acceso a medicamentos. Las trabas económicas	67
07. Atención Ciudadana	68
- Derecho a una buena administración. "Malamente estamos"	68



Materia principal

1.11. Salud

1.11.1. Introducción

El examen del derecho constitucional a la **protección de la salud**, visto desde la perspectiva de las comparecencias ciudadanas ante esta Institución, solemos analizarlo desde **diversos enfoques**, a saber: por niveles asistenciales y modalidades (atención primaria, especializada y de urgencias); aludiendo a problemáticas de calado general, como las que resultan de los tiempos de respuesta asistencial (listas de espera); desde la óptica de los derechos de los usuarios; o, entre otras vertientes, haciéndonos eco de las dificultades que afloran en torno a la prestación farmacéutica, las que se relacionan con cuestiones de salud pública o, sin ánimo de exhaustividad, resultan de otros aspectos singulares.

En la anualidad que en estas líneas afrontamos, más que limitarnos a abundar en aspectos muy concretos, pasando por alto otros en apariencia menos sustanciosos, hemos considerado preferible ofrecer un surtido lo más variado y completo de las variopintas peticiones que se someten a nuestra consideración.

Pretendemos con ello dar una visión plural y fidedigna de las sensibilidades, inquietudes y exigencias de la ciudadanía en cuanto a la obtención de la protección de sus derechos como usuarios del sistema sanitario público, al propio tiempo, actuar como instrumento eficaz de transmisión de las demandas de aquellos por cuyos derechos velamos y, en consecuencia, hacer visibles las mismas de forma objetiva a quienes cuentan con los instrumentos que permitan arbitrar las medidas para su satisfacción.

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

Cierto es que nuestro sistema sanitario nacional, con sus carencias, ha alcanzado un nivel de desarrollo y garantías más que aceptable que, de cuando en cuando, es destacado en posiciones jerarquizadas resultantes de la comparación de indicadores o índices de competitividad o calidad, analizados desde observatorios, foros, entidades, instituciones o empresas, del ámbito regional europeo o incluso mundial.

El funcionamiento de una maquinaria de esta envergadura consume ingentes recursos de todo tipo y, en una sociedad globalizada, se ve alcanzado por los efectos, a veces desfavorables, de dinámicas de alcance supranacional.

Por lo que al sistema público sanitario andaluz se refiere -que es el que vamos a analizar a continuación-, de las cuestiones reveladas en las páginas que siguen -todas sustentadas sobre la investigación de las quejas tramitadas por el Defensor del Pueblo Andaluz a lo largo de 2019-, extraemos unas someras apreciaciones iniciales.

Por una parte, el **mantenimiento del nivel de peticiones de la ciudadanía**, que incrementado en 2018, ha consolidado su nivel cuantitativo en 2019, con una cifra total superior a las 500 quejas.

Desde un enfoque más global y analítico, **la necesidad de repensar el modelo de organización**, con la finalidad de que sea capaz de prever y afrontar los retos a que debe adaptarse de la mano de realidades innegables que lo condicionan, como la insuficiencia de profesionales sanitarios y la demografía, en cuya evolución tienen un papel relevante, a los efectos que nos interesan, el envejecimiento de la ciudadanía y la despoblación fuera de las ciudades y, en fin, para transformarlo en un sistema más ágil, moldeable y versátil y, por ende, más eficaz y eficiente.

En el plano asistencial, debe avanzarse en la **implantación de la atención sociosanitaria**, como escalón intermedio entre la atención hospitalaria y la primaria, destinada a determinados perfiles de personas, reforzando especialmente la colaboración y coordinación entre los servicios sanitarios y sociales. Un camino emprendido recientemente en nuestra comunidad y sobre el que aún no podemos pronunciarnos, debido a la cortedad de su recorrido, pero en todo caso precisado de las infraestructuras imprescindibles.



Y, por último pero no menos importante, una premisa: la de persistir en la **valía de la sanidad pública como sistema universal**, con todo lo que esta naturaleza comporta.

1.11.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.11.2.1. Salud Pública

La garantía constitucional del derecho a la protección de la salud tiene una vertiente individual y al propio tiempo una dimensión colectiva o comunitaria, que incluye la protección de la salud ante las amenazas y los riesgos, dentro de la cual reviste especial relevancia el Sistema de Vigilancia e Información.

Entre los plurales focos de los que puede nacer un riesgo para la salud pública (situaciones de catástrofe, epidemias, condiciones higiénicas, ambientales o laborales e incluso situación socioeconómica), el alcance de las fallas en materia de **seguridad alimentaria** protagonizó la actualidad más funesta del año 2019, obligando a activar una alerta sanitaria provocada por un brote infeccioso por listeriosis, que provocó ingresos hospitalarios, fallecimientos e incluso la pérdida de seres en proceso de gestación.

Desde estas páginas en que nos vemos obligados a recordar el impacto de los acontecimientos de agosto de 2019, reiteramos nuestro más sentido pesar a las víctimas y perjudicados por aquellos.

El momento en el que trascendió al conocimiento público la detección de un brote infeccioso por listeriosis relacionado con el consumo de determinados productos cárnicos, la celeridad con que se produjo la ampliación sucesiva del foco de la infección, la necesidad de priorización de la atención sanitaria a las personas intoxicadas y las reacciones discrepantes de las Administraciones llamadas a asumir competencias y responsabilidades en torno a este grave problema de salud pública -con origen en la producción de alimentos que accedieron contaminados a la comercialización para la ingesta de los consumidores-, fueron el caldo de cultivo de un escenario confuso que incrementó la alarma y contribuyó a la desinformación.

En este contexto asistimos al desarrollo de los acontecimientos, inicialmente difundidos a través de diversos medios de comunicación, accediendo entonces a la información suministrada por las Administraciones implicadas -fundamentalmente la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía-, que referían la iniciación de actuaciones tras percatarse de los primeros indicios, conducentes a detectar el origen de la enfermedad, la declaración de la alerta sanitaria y la adopción de medidas relacionadas con la empresa cárnica en la que se situó el foco de la infección.

Así las cosas, valoramos que la dimensión de la problemática generada a raíz de esta crisis convertía en obligada la intervención de esta Institución, mediante la apertura de un expediente de queja de oficio, destinado a afrontar sus implicaciones desde el análisis sereno, sosegado y objetivo, con toda la información entonces disponible y con la mayor amplitud de miras (**queja 19/4613**).

Las cuestiones en juego se concretan en la adecuación de la gestión del riesgo sanitario, puesta en entredicho en lo que se refiere a la celeridad en la declaración de la alerta y la adopción de las medidas para hacer frente al brote y tratar de aminorar sus consecuencias; en el adecuado ejercicio de sus competencias por parte de las Administraciones implicadas; en la suficiencia de la información proporcionada a los consumidores para garantizar el derecho a conocer una situación directamente vinculada a la protección de su propia salud; y el aspecto preventivo que forma parte de la salud pública, traducido en la autorización para la ampliación de la empresa responsable, o la infrecuencia de la inspección previa de sus instalaciones.

En este cometido nos hemos dirigido a la Consejería de Salud y Familias y al Ayuntamiento de Sevilla, interesando de la primera una exposición detallada de las actuaciones desarrolladas en el ejercicio de las funciones que le competen para la protección de la salud de la población (específicamente las que exige la aplicación del protocolo de actuación ante alerta por toxi-infección alimentaria, y en concreto el de vigilancia y alerta por listeriosis, incluido lo atinente al análisis de las muestras); las medidas preventivas actuadas en relación con la instalación responsable de la infección (inspecciones practicadas, autorizaciones y registros oportunos); y, en último término, el relato del proceso de información a la ciudadanía.



Al Ayuntamiento de Sevilla, por su parte, le demandamos conocer el detalle de las actuaciones desarrolladas en el ejercicio de las funciones que esa Administración tiene encomendadas para la protección de la salud pública en el ámbito municipal, y específicamente las que se refieren al examen de las muestras en el laboratorio, y la inspección preventiva de las instalaciones de la empresa, con explicación del fundamento normativo para las mismas. Al cierre de este informe, acabamos de recibir respuesta de ambas administraciones.

La **sanidad ambiental** constituye, por su parte, una fuente relevante de preocupación ciudadana, que cada vez más demanda conocer la posible afectación sobre la salud por la exposición a ondas o a sustancias liberadas en el medio ambiente, como ocurre con la vinculación de tumores a la influencia de las ondas de antenas de telecomunicaciones instaladas en edificios (queja 19/3646); o respecto de los riesgos para la salud pública derivados de emisiones a la atmósfera de una industria cementera.

Promovió el segundo de los supuestos una asociación de vecinos de Málaga, expresando su inquietud por las emisiones contaminantes a la atmósfera provenientes de una cementera incineradora y, desde luego, su malestar por haber no haber merecido respuesta la petición dirigida en 2017 a la Delegación Territorial de la Consejería de Salud, de acceso a los estudios sanitarios que pudieran haberse realizado al efecto o, en su defecto, la realización de las mediciones y estudios comparativos correspondientes.

La queja formulada fue admitida al fin único de que por la Administración se resolviera expresamente la petición formalizada y, como quiera que tampoco se produjera ningún pronunciamiento de aquella respecto de la petición de esta Institución, dio lugar a dirigir a la Delegación Territorial la Recomendación de dar respuesta expresa a la Asociación, con fundamento en el derecho de la ciudadanía a una buena Administración y a la obtención de información.

La Recomendación fue aceptada, mostrando la Delegación Territorial un firme compromiso en elaborar el informe y en comunicar su resultado a los peticionarios y a esta Institución, una vez que pudiera elaborar con rigor las valoraciones que debía contener aquel, tras tratar los datos recabados a través de la obtención de la información sanitaria de la zona y de los registros y análisis de las emisiones de la fábrica proporcionados por la Administración ambiental (**queja 18/6633**).

Hemos de reconocer que el compromiso fue cumplido mediante la confección del informe epidemiológico sobre casos de cáncer y de exposición a contaminantes potencialmente carcinógenos en la zona cuestionada, del que se nos dio completo traslado y comunicación de haber sido igualmente enviado a la asociación de vecinos interesada.

1.11.2.2. Atención primaria

Dentro de la ordenación funcional de la asistencia sanitaria en Andalucía, la Ley de Salud de Andalucía 2/1998, configura la Atención Primaria de salud como el primer nivel de acceso ordinario de la población al Sistema Sanitario Público de Andalucía (artículo 52). **Un nivel en el que la relación de confianza médico-paciente alcanza todo su significado** y, desde luego, no solo el primer nivel de acceso al sistema sanitario público, sino también el más cercano y la puerta que, casi siempre, se abre.

Esta es seguramente la razón por la que suscita escasas objeciones en la ciudadanía o, al menos, la que explica que no las genere de forma tan profusa como las que motiva la más distante atención especializada.

Ahora bien, la perspectiva cambia cuando le aflora alguna carencia que desvirtúa su razón de ser como servicio sanitario al alcance de todos y afecta al núcleo de su esencia. De este modo, el cierre de consultas, la reducción de su oferta de atención horaria, la demora en la asignación de citas o la suspensión de las mismas -en la práctica causadas por carencias de personal facultativo- conviven con demandas alusivas a problemas de organización, a discrepancias con el cambio de médico o, en fin, con las más minoritarias controversias sobre la atención domiciliaria o que se adentran en el espacio subjetivo de los criterios clínicos, como tales reservados a la autonomía profesional.

De entre todas, la principal causa de afectación presente en las quejas ciudadanas durante 2019, ha venido de la mano, como avanzamos, de la insuficiencia de la atención dispensada por la **falta de médicos de**



atención primaria y pediatras. A título meramente ilustrativo citaremos las demandas formalizadas por una plataforma vecinal, sobre los problemas para la atención sanitaria en el consultorio de dicha localidad de Sevilla, dependiente del Área de Gestión Sanitaria de Osuna (queja 19/2223), entre los que citan contar con un único médico de familia y no siempre con pediatra, falta de sustitución en caso de ausencia, escasez de consultas pediátricas, consultas quincenales con la matrona, atención sanitaria limitada a horario matutino, dificultades en el acceso a rehabilitación, y deficiencias en la atención urgente.

La carencia de pediatras en el ámbito de la Atención Primaria, más acusadamente en el rural, ha estado muy presente en esta anualidad: falta en el Centro de Salud de Loja (quejas 19/1694, 19/1759, 19/1761, 19/1762); en Roquetas de Mar (queja 19/3161); Mairena del Aljarafe (queja 19/5784); o en un Centro de Salud de Écija (queja 19/7111); la insuficiencia de su número en un centro de salud en Jaén (queja 19/4159); así como esta misma causa propició que la defensoría recomendara que se valorara el desplazamiento de un pediatra al consultorio de Peñaflores en una determinada franja horaria, para poder realizar la actividad de control del niño sano y vacunación y las consultas programadas (**queja 17/3077**).

El sistema sanitario público, en su conjunto, sufre el azote de la insuficiencia de facultativos, de la que los medios de comunicación se hacen eco asiduamente y cuya falta acusan también las Bolsas de Empleo del Servicio Andaluz de Salud.

Mitigar el alcance del problema acudiendo a remedios alternativos, en ámbitos extramuros de las grandes poblaciones, admite menos margen de maniobra y requiere de una apuesta mayor, que deberá servirse de opciones, planes y enfoques diversos y plurales, adaptados a las necesidades de cada zona.

En este contexto, del mismo modo que en los servicios de salud de Atención Primaria de otras comunidades de España, surgió en Andalucía el concepto de **puestos de difícil cobertura** y el acuerdo adoptado en 2018 entre la Administración sanitaria y los Sindicatos en la Mesa Sectorial de Sanidad, llamado a garantizar la presencia y estabilización de los facultativos en zonas rurales, a través de una serie de medidas incentivadoras (puntuación específica y adicional en la Bolsa Temporal de Empleo, estabilidad en el empleo, ventajas en la movilidad voluntaria, formación o carrera profesional), que se incluirían en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Andaluz de Salud.

De este modo, por Resolución de 14 de noviembre de 2018 de la entonces Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, se establecieron los indicadores que debían tomarse en consideración en lo sucesivo, para que una Zona Básica de Salud y, por ende, los Centros sanitarios comprendidos en la misma, obtengan la consideración de puestos de difícil cobertura de Medicina de Familia de Atención Primaria, con la finalidad de que el desempeño de la profesión sanitaria en los mismos resulte más atractivo y puedan cubrirse sus plazas vacantes.

La calificación de puesto de difícil cobertura, que ostentan en la actualidad un total de 92 Zonas Básicas de Salud (Resolución de 11 de enero de 2019), suscitó alguna discrepancia procedente de alguna Zona excluida que, aunque se trasladó a esta defensoría, no llegó a cuajar en una demanda efectiva.

Por su parte, la Resolución de 20 de mayo de 2019, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, incorporó al Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Andaluz de Salud los objetivos específicos antedichos y, constatando la necesidad de impulsar medidas que permitan el equilibrio entre la tendencia creciente de jubilaciones y el escaso número de egresados actual que cursan estudios de especialistas en ciencias de la salud, posibilita la **prolongación voluntaria de la permanencia en servicio activo hasta alcanzar los 70 años de edad** al personal licenciado sanitario que reúna la capacidad funcional necesaria.

1.11.2.3. Atención Especializada

La atención especializada, segundo nivel de la ordenación funcional de la asistencia sanitaria, se dispensa por los hospitales y por sus centros de especialidades (artículo 54 de la Ley 2/1998), al que se accede por derivación de los médicos de atención primaria, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento, del primer nivel. Precisamente por ello, es elevado el escalón que separa la primaria de la especializada, en lo que se refiere a grado de cercanía y facilidad de comunicación y entendimiento.



De entre las quejas planteadas en torno al nutrido universo de este nivel asistencial, nos decantamos, en esta ocasión, por centrar la mirada en aquellas que guardan relación con la necesidad de **mejora en la gestión de sus itinerarios y circuitos**, las que plantean **problemas de acceso derivados de la falta de especialistas**, así como, en un plano más corto y específico, las que han redundado sobre la adopción de medios para la **mejora del diagnóstico** y tratamiento de la demencia frontotemporal, concluyendo con las registradas al filo de culminar la anualidad, denunciando el penoso **tránsito de los pacientes oncológicos** por las consultas externas de los dos hospitales radicados en la ciudad de Sevilla.

Comenzando por la cuestión apuntada en primer término, la percepción de la ciudadanía acerca de la calidad del servicio dispensado desde la atención especializada, se encuentra en no pocas ocasiones empañada por la **complejidad organizativa** de sus plurales circuitos, cuyo entramado desconocen, sin que a rebajar esta sensación contribuya un mecanismo de comunicación directo e inmediato, que proporcione de forma simple la información.

Información es una palabra a la que recurrimos muy frecuentemente en esta Institución y que aparece destacada en varios apartados de este Informe Anual. Le concedemos importancia como fruto de nuestra experiencia y, desde luego, al amparo de las exigencias que están consolidando los tiempos, cada vez más rendidos al valor de la participación ciudadana y a la transparencia en todo lo que gira alrededor de lo público, que cuanto más es valiosa en el conocimiento particular de aquello que a cada cual concierne respecto de la atención a su salud.

Los defectos en dicho plano subyacen en el fondo de numerosas problemáticas y, a la inversa, su correcta rendición resuelve confusiones y malentendidos. No en vano, tanto la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, como la Ley de Salud de Andalucía 2/1998, de 15 de junio, imponen a los poderes públicos el deber de informar a los usuarios del sistema sanitario público de sus derechos y deberes; y expresamente reconocen el derecho de los ciudadanos a obtener información sobre los servicios sanitarios a que pueden acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso y, desde luego, el contenido de este derecho debe comprender tanto una información general, como la particularizada que en el seno del proceso asistencial proceda facilitar a la persona sometida al mismo.

Como decíamos, una mala calidad de la información incide en la idea de incompreensión de una organización poco ágil, cuyos procedimientos requieren tiempo y actuaciones diversas, idas y venidas, práctica de pruebas, recogida de resultados, nueva consulta, revisiones, diagnóstico, tratamiento... y, todo ello en ocasiones, sin un referente cierto del que obtener aclaraciones o con quien resolver dudas perentorias.

Como nada ilustra más que un ejemplo, por todos acudiremos a la ciudadana que delataba el mal funcionamiento de un Centro de Especialidades andaluz (queja 18/5975), refiriendo que a su domicilio le había sido remitida por correo ordinario una cita con una especialista de aparato digestivo, a la que acudió el día y a la hora fijados, sin que la facultativa quisiera atenderla debido a que la cita no aparecía en su agenda. La interesada fue remitida a tratar el asunto con la administración del centro, a pesar de explicar que había perdido horas de trabajo y que se trataba de una mera consulta de lectura de resultados de una prueba diagnóstica previa y de la programación de una segunda cita de revisión, que no implicaría más de cinco minutos.

Además de poner sobre la mesa la falta de voluntad y empatía para solventar de forma humana un error informático (que acierta de lleno poniendo el dedo en la llaga), es interesante el comentario de la interesada cuando reseña en su escrito lo siguiente: "De esta forma, estuve más de una hora en el centro arreglando un problema humano o informático que no fue culpa mía, gracias a que la doctora se negó a recibirme cuando eso le hubiese llevado cinco minutos o menos. Además del tiempo de la administrativa, las molestias de trámite de la hoja de reclamaciones y el tiempo que dedico a poner esta queja y ustedes a revisarla".

Tal y como explicó la Administración a esta Institución, asistía la razón a la interesada, debido a haberse emitido un informe de Alta en la Estación Clínica de la Historia de Salud Digital, que automáticamente anula las citas subsiguientes y cierra el proceso asistencial, sin que la anulación de la cita se notificara a la interesada. En resumen, cinco visitas sucesivas a Centros sanitarios desde el momento mismo de la derivación del médico de atención primaria, que aún precisarían una sexta por el fallo de la quinta.



Concluye el informe que aunque no existieron deficiencias en la estricta atención médica prestada, se produjeron incidencias de carácter administrativo que se subsanarían generando automáticamente la cancelación y notificación de citas posteriores al alta, especialmente en aquellos casos en los que no es presencial.

Aun siendo unos firmes defensores de la capacidad, preparación y dedicación de los profesionales sanitarios, nos sumaríamos en esta ocasión al parecer de la interesada: voluntad y empatía.

Junto a una **gestión administrativa más eficaz**, otra de las medidas que allanan el camino, ya en el plano asistencial, es precisamente la de acortar su recorrido, es decir, **simplificar sus circuitos**. Así resultaría conveniente para ciertos procesos, como la renovación de material ortoprotésico (en esencia, plantillas), o la realización de pruebas de revisión de personas con determinados antecedentes o patologías, que, a pesar de su periodicidad pautada, deben hacer idéntico recorrido cada vez: de atención primaria al especialista, que prescribe la prueba de revisión, cita para la prueba, práctica y cita para recogida de resultados. Un tiempo total muy dilatado, cuyos trámites no solo impiden las revisiones en el período temporal fijado como conveniente, sino que consumen muchos recursos del sistema para un objetivo que podría consumarse de forma más simple.

La posibilidad de la **práctica de pruebas en un hospital más cercano al domicilio** del interesado, en cambio, fue compartida y aceptada por la Administración sanitaria, que así convino en que "lo normal es que siempre que se tenga conocimiento de situaciones personales...", las Unidades de Atención a la Ciudadanía de nuestros centros, trabajan para facilitar la accesibilidad de los ciudadanos a los recursos existentes en distintos puntos de nuestra comunidad"; refiriendo que la petición formulada por una persona en este sentido no fue atendida por un **problema de comunicación**. Como decimos, compartimos esta conclusión, que es el argumento que en los párrafos precedentes hemos esbozado (**queja 19/0537**).

Avanzamos con el simple enunciado de otro grupo de quejas que con frecuencia surgen en la Atención Especializada, como son las que versan sobre el fondo de la misma prestación sanitaria, demandando un diagnóstico que no se alcanza, la práctica de determinadas pruebas o acceder a un tratamiento específico.

Dentro de las patologías concretas que atañen al nivel especializado, nos detenemos a continuación en la **demencia frontotemporal**, la mejora de cuyo diagnóstico y tratamiento en el sistema sanitario público de Andalucía nos fue interesada por la hija de una afectada, considerando que la Administración sanitaria debe realizar un esfuerzo de formación, concienciación y divulgación de la misma, incluyendo la elaboración de un plan específico (**queja 18/1561**).

La Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica explicó en qué consiste la referida enfermedad y las modalidades que presenta, aludiendo a la manera en que se llega al diagnóstico, para destacar que en muchas ocasiones se confunde con un trastorno psiquiátrico. Dio cuenta, igualmente, de las iniciativas que se están desarrollando para dar a conocer la enfermedad y concienciar sobre la misma entre los profesionales y la ciudadanía.

Desde nuestra profundización, una vez analizado el proceso asistencial integrado de demencias, así como las distintas alternativas de tratamiento, tanto farmacológico, como no farmacológico, concluimos que conceptualmente no aparece como necesario otro abordaje planificador o protocolizado de esta enfermedad, debiendo en cambio centrarse los esfuerzos en garantizar la implantación del proceso, de manera que todos los profesionales de atención primaria, y los de la especialidad correspondiente lo conozcan y apliquen sus previsiones.

En cuanto a su tratamiento, sostuvimos que las unidades rehabilitadoras pueden distar de la multidisciplinariedad necesaria y, además, estar más orientadas al daño cerebral adquirido, por lo que concluimos ante la Administración sanitaria la necesidad de una adecuada implantación del proceso para favorecer el diagnóstico temprano y del acceso de los pacientes a las terapias no farmacológicas en el ámbito sanitario público, cuando así se considere oportuno por los profesionales que los vienen tratando.

Los **procesos oncológicos** son, de ordinario, objeto de nuestro interés cuando recibimos alertas acerca de algún elemento con incidencia directa o indirecta en los mismos. Se trata en este caso de las quejas



registradas a finales de 2019 que, no obstante ser ajenas al contenido de la atención sanitaria, aluden a sus condiciones materiales circundantes. Concretamente las deficiencias de las consultas externas dedicadas a pacientes oncológicos de los dos hospitales radicados en la ciudad de Sevilla, el Virgen Macarena y el Virgen del Rocío.

Respecto del primero (Hospital Virgen Macarena), se señalan los importantes retrasos que sufren los pacientes oncológicos en acceder a una cita en el Servicio de Oncología, así como el retraso diario en ser atendidos en las consultas destinadas al seguimiento de las personas sometidas a tratamiento por tan importante patología (queja 19/5611 y queja 19/6548), refiriendo que en cada asistencia han de aguardar en la sala de espera del sótano sin ventilación en el que se ubican las estancias destinadas a consulta, hasta cinco horas sobre la fijada en la cita asignada, a pesar de tratarse de personas con las defensas bajas, algunas debilitadas, en sillas de ruedas y en camillas, para las que está contraindicada la permanencia en lugares saturados.

En opinión de las personas comparecientes los facultativos a cargo del Servicio hacen lo que está a su alcance, ya que no son los responsables de soportar una carga asistencial, que afrontan con la mayor profesionalidad y dedicación.

La queja alusiva a los retrasos en las consultas y en el acceso a los tratamientos de oncología que se producen en el Virgen del Rocío (queja 19/6978), se manifiesta en términos similares de saturación del Servicio, describe espacios abarrotados de pacientes, destaca la vulnerabilidad física y emocional de las personas usuarias, su inquietud y preocupación y, del mismo modo que en los casos precedentes, manifiesta su satisfacción tanto con la labor profesional de todos los integrantes del servicio (facultativos, personal de enfermería y de administración), otorgando además un gran valor a los recursos a disposición de la ciudadanía.

La única información que habíamos obtenido a la fecha de este Informe Anual, la de la Dirección del Hospital Virgen Macarena, se recibió con diligencia y enfatizando, por una parte, que las incidencias relatadas en las quejas se concentraron en el mes de agosto, en que la organización del Servicio está condicionada por criterios distintos a los ordinarios, exigidos por las vacaciones reglamentarias del personal y por las altas temperaturas, que aconsejan concentrar las consultas por la mañana, con la consiguiente saturación, a pesar de que en este período se anulan las revisiones regladas y se atiende únicamente a los pacientes en tratamiento oncológico en curso, a los de nuevo acceso y a aquellos que deban ser citados conforme a criterio clínico.

“Afrontar los gastos que supone el desplazamiento fuera de nuestra comunidad”

Como avance positivo en el acortamiento de los tiempos de espera, nos trasladó el acuerdo adoptado de realizar las analíticas a los pacientes en tratamiento oncológico 24-48 horas antes en sus respectivos Centros de Salud, salvo casos excepcionales. Medida que se inició, según reseña el informe, desde septiembre de 2019.

Y en cuanto a la ubicación e infraestructura de la Unidad, invariable desde hace más de 40 años, avanzó las líneas de acción para la reestructuración y/o modificación de las instalaciones y la adaptación de espacios, que protejan el derecho a la intimidad y la privacidad durante la asistencia sanitaria. Junto a un proyecto de nueva Unidad de Oncología en el hospital, acordado con la Universidad de Sevilla e incluido en los Presupuestos Generales de la Junta para 2020.

La facilidad o dificultad para obtener la autorización que permite la **derivación a centros ajenos al SSPA**, ha dado pie a revisar una cuestión que ya habíamos abordado en ocasiones anteriores, ya alejadas en el tiempo, sin que nuestras apreciaciones hubieran cuajado definitivamente. Nos referimos a la falta de soporte económico por parte de la Administración sanitaria andaluza para afrontar los **gastos que supone el desplazamiento fuera de nuestra comunidad**, para recibir la asistencia, limitado a obtener el reembolso del desplazamiento en medios de transporte público, excluyendo el alojamiento y la manutención. Situación



que abordamos a instancias de un interesado, en esta ocasión desde la perspectiva de una posible discriminación en Andalucía, respecto del estado de la cuestión en otras comunidades autónomas (**queja 18/4809**).

Puesto que el texto íntegro de la Resolución emitida por esta Institución y los antecedentes, análisis y razonamiento contenidos en la misma pueden consultarse en el enlace precedente, nos limitaremos en este momento a reproducir las conclusiones alcanzadas en la misma, en forma de Recomendaciones dirigidas a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, de la que no hemos recibido respuesta:

1.- Que se clarifique la falta de vigencia en el ámbito del SAS de la Circular 6/81 del INSALUD, y se impartan instrucciones para que ningún centro abone dietas con arreglo a sus determinaciones.

2.- Que para contribuir a que los residentes en Andalucía disfruten del derecho a la protección de la salud en términos de equidad cuando son derivados para recibir asistencia a centros sanitarios distintos a los de referencia, se impulse la elaboración de una norma emanada de la autoridad competente y con rango adecuado, que habrá de publicarse en Boja, con el fin de que se regule con detalle el incremento prestacional que supone la indemnización por el desplazamiento cuando se usan medios ordinarios de transporte, así como las dietas en concepto de alojamiento y manutención, determinando los supuestos, las cuantías, y el procedimiento para la tramitación.

3.- Que en los casos en los que se contemple la indemnización por desplazamiento (gastos del viaje) se incluya la posibilidad de utilizar vehículo individual, en la medida en que es el medio que puede resultar más adecuado a las características de determinados pacientes.

4.- Que con independencia de la extensión y cuantía con la que dichas indemnizaciones se reconozcan, se prevea en todo caso la compensación de los gastos por alojamiento y manutención de los pacientes y acompañantes que son derivados para recibir asistencia sanitaria a unidades y centros de referencia nacional legalmente reconocidos.

Damos fin a este apartado con la referencia que estimamos obligada a la **falta de especialistas** de diversas categorías (sin ánimo de exhaustividad y a la luz de nuestras quejas, dermatólogos en el Hospital de Jaén, traumatólogos en Almería, anestesistas, rehabilitadores o urólogos), que inciden en gran medida en los tiempos de respuesta asistencial e incluso provocan la suspensión del funcionamiento de Unidades y Servicios.

1.11.2.4. Atención sanitaria de Urgencias

La atención sanitaria de urgencias y, de forma conexas, los problemas relacionados con el transporte sanitario urgente, forman parte del elenco de quejas cuyo peso específico no guarda una equivalencia real con la trascendencia del fondo del asunto planteado en las mismas, y no obraríamos de forma sensata si minusvaloráramos la importancia de denuncias que, aunque menos voluminosas y, por ello, con escasa entidad cuantitativa, nos trasladan carencias en las prestaciones y servicios sanitarios implicados en esta modalidad de atención, sobre todo cuando su fuente de conocimiento es cualificada por provenir de profesionales del sector.

La misma atención sanitaria urgente **parece estar necesitada de un replanteamiento organizativo**, si atendemos a la perspectiva profesional que nos llega desde diversas categorías y ubicaciones territoriales y geográficas, que plantean cuestiones de calado como la virtualidad del Plan Andaluz de Urgencias Sanitarias y las consecuencias de la implantación de sus protocolos (queja 19/0435 del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos); o la gestión de llamadas del 061 a través del Sistema Red (queja 19/0966, de representantes del 061 en Huelva); entre las más significativas.

Es por ello preciso que las quejas que surgen en torno a la atención sanitaria de urgencias, extrahospitalaria u hospitalaria, sean enfocadas desde un prisma muy analítico, absolutamente desvinculado del porcentaje que representen respecto del total, conscientes de las consecuencias más graves que las deficiencias en este ámbito comportan para la ciudadanía en general.



1.11.2.4.1. Urgencias extrahospitalarias

Las urgencias, esencialmente extrahospitalarias, íntimamente relacionadas con la prestación de transporte sanitario, pertenecen al grupo de quejas a las que aludíamos en la introducción de este apartado, para significar la trascendencia e importancia que presentan los planteamientos que giran en torno a las deficiencias detectadas en este ámbito, con independencia de su volumen o cantidad.

Las situaciones en que es preciso demandar atención sanitaria no demorable, por la alteración de ánimo en que sitúan a cualquier ciudadano medio y el riesgo de un desenlace fatal, generan gran alarma social en los casos en que afloran deficiencias o irregularidades, esencialmente concretadas en la insuficiencia de los puntos o equipos, en la demora en la llegada del dispositivo o equipo médico que debe hacerse cargo de la atención urgente y/o en los de carencia en la dotación de personal sanitario a bordo de los vehículos ambulancia.

Es una aspiración recurrente de diferentes ámbitos rurales la de obtener una **cobertura más o menos completa de la atención sanitaria de urgencias extrahospitalarias en la zona**, con una mayor dotación de equipos o de unidades móviles. Así quedó reflejado en peticiones como la de contar con un punto de atención urgente en el Centro de Salud de Churriana, la adscripción exclusiva de dos ambulancias para Antequera, el incremento de equipos de atención urgente en Cabra, de un equipo móvil para Castell de Ferro y la Mamola y, más recientemente, para Valverde del Camino, o la petición de atención de urgencias 24 horas en Manilva y en Peñaflores.

Los dos últimos planteamientos obtuvieron un pronunciamiento de esta Institución. En el caso de la localidad cordobesa, ya anticipado en el **Informe Anual 2018**, una vez analizados los medios puestos al servicio de la atención sanitaria urgente en la zona de Peñaflores y conscientes de que carecíamos de los elementos de juicio que permitieran constatar que dicha localidad se encuentra en inferioridad de condiciones con respecto a otras de características similares, recomendamos que se valorasen los medios precisos, tras la realización de la auditoría sobre tiempos de activación de los dispositivos de atención a las demandas urgentes y su comparación con los objetivos fijados en el plan de mejora de las urgencias en atención primaria para la atención de las demandas calificadas con niveles de prioridad 1 y 2 (**queja 17/3077**). En respuesta a esta Recomendación se nos trasladó la introducción de nuevos objetivos básicos e indicadores, cuyo resultado desconocemos si ha sido finalmente evaluado para determinar los recursos necesarios.

En el segundo supuesto, el de la atención de urgencias 24 horas en Manilva, lo cierto es que desde la perspectiva somera de datos a nuestro alcance, concluimos que ni por volumen de actividad, ni por la gravedad de las demandas a las que corresponde aquella, ni por tiempos medios de respuesta, podíamos considerar que la atención extrahospitalaria urgente difiriera de los parámetros establecidos, con independencia de que posibles demandas de atención simultáneas o paralelas, obligasen a acudir a opciones previstas como subsidiarias en el plan operativo del Distrito.

Sin embargo, el conocimiento de que dentro del mentado plan se contemplaba la intervención de un equipo de asistencia urgente de carácter municipal -integrado por un médico y un técnico de emergencias sanitarias a cuya disposición contaban con un vehículo ambulancia-, en la franja horaria que va desde las 17:00 a las 8:00 horas (de lunes a viernes), cuyos datos de actividad no constaban, recomendamos que el Distrito procediese a recabar la información correspondiente a la actividad desarrollada por el mentado dispositivo municipal de urgencias, en orden a incluirla en la evaluación de la dotación de medios y la planificación de los recursos. Así como consideramos que debía clarificarse el régimen de funcionamiento del mismo e informar adecuadamente a la población para que pueda utilizarlo en sus justos términos (**queja 16/4546**). Y es que, **en ocasiones, las soluciones pasan por una adecuada comunicación y por un buen manejo de la información, que permita optimizar la gestión de los recursos existentes.**

En lo que atañe a las **demoras en las demandas de atención sanitaria urgente**, tampoco faltan discrepancias con el tiempo de llegada del dispositivo movilizado, o incluso actuaciones de oficio por parte de esta Institución, en las que centramos el foco en comparar, en términos de cronas teóricas, los tiempos reales de respuesta en relación con el nivel de prioridad asignado a la demanda.



En ocasiones la demora, sin embargo, no guarda una relación de causalidad con la indisponibilidad de equipos, ni con la zona geográfica en que se produce la demanda, sino con la gestión que del caso se realiza desde el Centro Coordinador de urgencias y emergencias 061, como ocurrió en el que nos trasladó la hija de una vecina de Málaga, finalmente fallecida, que denunciaba haber transcurrido una hora desde que efectuara la primera llamada al 061 hasta que acudieron al domicilio dos ambulancias sucesivas (**queja 17/4565**). La complejidad del triaje telefónico, la adecuada calificación del nivel de prioridad, la correlativa activación del recurso que de aquel deriva, u otras omisiones o deficiencias de coordinación, forman parte de una cadena que aunque no siempre anuda un resultado, influye en el mismo.

Como hicimos constar en la queja aludida, el protocolo de coordinación de la asistencia extrahospitalaria urgente y emergente del Sistema Sanitario Público de Andalucía establece unos principios generales que implican que el ciudadano que demande atención urgente reciba una respuesta adecuada a la gravedad del proceso que padece, siendo informado del recurso que le va a atender y del tiempo estimado de respuesta; el protocolo prevé igualmente la constitución de una Comisión de seguimiento y mejora de la coordinación de urgencias y emergencias SAS-EPES, entre cuyas funciones se contempla el análisis de las incidencias que se produzcan en cuanto al funcionamiento del mismo. Por lo que nuestra Recomendación se dirigió a propiciar que el caso fuera elevado a la citada Comisión de seguimiento y mejora de la coordinación de urgencias y emergencias del Distrito sanitario, para que analizadas las incidencias pudiera efectuar propuesta de mejora, trasladando a la interesada las conclusiones alcanzadas y las medidas en su caso adoptadas.

La **coordinación entre dispositivos** y la adecuada activación de los disponibles, es un elemento que contribuye a la eficacia en la gestión y, en suma, facilita la respuesta urgente. Para analizar sus posibles mejoras iniciamos de oficio la investigación tras el fallecimiento de un vecino de Olula del Río llevado para ser asistido a las urgencias de su centro de salud (**queja 20/0227**).

La inadecuada dotación de personal a bordo de los vehículos de transporte sanitario y la inadecuación de la modalidad del vehículo movilizado para la atención de la demanda sanitaria urgente, nos ofrece un compendio de relatos abrumadores, en algunos de los cuales se manifiesta la impotencia de los conductores cuando acceden a un habitáculo en el que han trasladado al servicio de urgencias más próximo (normalmente un hospital), a una persona que ha fallecido en soledad durante el trayecto.

Iniciamos en 2019 la tramitación, en este sentido, de las posibles irregularidades en las ambulancias asistenciales clase C o de soporte vital avanzado, denunciadas por un colectivo de profesionales sanitarios en la provincia de Málaga (queja 19/0648), o las deficiencias del transporte sanitario en Huelva (queja 19/1816).

Ambas quejas tienen su fuente en personal del sector sanitario, que expresan vulneraciones normativas del RD 836/2012, de 25 de mayo, en lo que atañe a las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal exigida para los vehículos de transporte sanitario por carretera, en función de sus diferentes categorías.

Específicamente, exponen que tales vehículos se emplean como ambulancias no asistenciales, que por ello van a cargo de un técnico de emergencias sanitarias, sin profesional médico ni de enfermería, que trasladan a pacientes teóricamente no precisados de asistencia sanitaria en ruta y que un solo técnico no puede afrontar determinadas situaciones, como movilizar a accidentados de tráfico, con lo que la precariedad en la asistencia provoca situaciones de ansiedad a las personas afectadas, atenta contra la integridad de aquellas e incrementa el riesgo de que el técnico sufra una agresión por parte de la familia.

No se trata de la primera vez que demandas de esta índole se ponen en conocimiento de esta Institución. Realmente el transporte sanitario, urgente o programado, está precisado de una profunda revisión, cuyas principales deficiencias puso de relieve la Cámara de Cuentas de Andalucía en su Informe "**Fiscalización operativa del transporte sanitario en el sistema sanitario público de Andalucía**", muchas de cuyas conclusiones respaldamos desde la óptica de las quejas conocidas a través de la ciudadanía en esta defensoría.



1.11.2.4.2. Urgencias hospitalarias

Por su entronque con la muy usual problemática de las dotaciones de personal en los servicios y unidades sanitarias y la **sobrecarga asistencial** en caso de insuficiencia, nos parece oportuno relatar la investigación iniciada de oficio al conocer el fallecimiento de una mujer mayor en las urgencias hospitalarias del Hospital Torrecárdenas de Almería, acaecida en el mes de abril de 2019 (**queja 19/1731**).

Las informaciones públicas iniciales afirmaban que trasladada aquella en ambulancia a dicho centro sanitario desde la residencia en la que vivía y evaluada y clasificada en el nivel de prioridad 2 por los profesionales de enfermería del servicio urgencias, falleció sobre la camilla en la sala común de espera, a las dos horas y media de su ingreso en el mismo, mientras esperaba la atención facultativa.

Reafirmada la adecuación de la clasificación inicial de la afectada en el nivel de prioridad dos en el informe remitido desde la Dirección del Hospital Torrecárdenas y reconocida, asimismo, la concurrencia de la superación de los quince minutos de espera establecidos en el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, para la dispensación de la primera consulta facultativa conforme a la precitada prioridad, ofreció el mismo las razones que ocasionaron este exceso, concretándolas en la concurrencia simultánea de circunstancias extraordinarias que produjeron el colapso del servicio: un pico en la demanda del tramo horario en cuestión, con una presión asistencial que califica de "enorme" y, por ello, imposible de asumir diligentemente por el número insuficiente de los profesionales que ordinariamente lo integran, junto a errores técnicos del funcionamiento de la centralita y en la visualización de los resultados de analíticas y de radiografías.

La Dirección nos comunicó haber realizado un análisis causa-raíz y la adopción de medidas de reorganización, seguimiento y mejora, si bien entre las relacionadas se comprendía una que escapaba a sus posibilidades de implementación: la solicitud de incorporación de tres nuevos facultativos al Servicio de Urgencias, trasladada a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.

Inquirida esta Dirección General al respecto por parte de esta Institución, a finales de 2019 confirmó haberse autorizado la contratación de dichos facultativos, si bien para un período limitado a seis meses y con la intención de rediseñar la plantilla del servicio para un futuro. Significativamente expresaba la constatación por la dirección del hospital de una mejoría en los tiempos de atención, ligada a las mejoras adoptadas, entre las que, como decimos, se encontró un refuerzo temporal del personal del Servicio.

Ciertamente, desvinculando el desenlace del retraso en la atención médica, lo que resulta incontestable es la insuficiencia de la plantilla facultativa del Servicio y, en consecuencia, la necesidad de su incremento estructural, más allá de refuerzos puntuales.

1.11.2.5. Tiempos de respuesta asistencial

La asistencia sanitaria a tiempo en el nivel de atención especializada, conforma el grupo de quejas ciudadanas más voluminoso de entre las materias de salud abordadas por esta Institución en cada anualidad, representando habitualmente entre un 25 y un 30 % del total.

Si tomamos en consideración que las listas de espera -como por lo demás otros asuntos que analizamos en este subcapítulo-, tienen su causa en diversos factores concurrentes (organizativos y de falta de personal sanitario, entre otros), encontramos que, en realidad, el tiempo en la respuesta asistencial **es el índice que revela otras deficiencias del sistema sanitario** que, a su vez, suelen fundar las disconformidades expresadas por la ciudadanía: defectos de información que frustra expectativas, indisponibilidad de prestaciones y servicios sanitarios por carencia de profesionales o insuficiencia de los mismos o, en fin, prolongación indeterminada en la incertidumbre sobre las causas a que obedecen los síntomas padecidos.

Esta Institución no acostumbra a valorar, en términos comparativos, la situación de las distintas listas de espera (intervenciones quirúrgicas y consultas de especialidades), tomando en consideración que no forma parte de su cometido la evaluación de políticas públicas, ni conoce los criterios que han determinado la reevaluación y conformación de las mismas. En cualquier caso, las cuantificación ex novo anunciada en 2019 por la Administración sanitaria, dificultan hacer un contraste objetivo y solvente respecto de los números arrojados por anualidades precedentes.



Más que una comparación -carente de interés desde la misión de esta Institución-, lo que centra nuestra atención es poner de relieve la perspectiva resultante del conocimiento de la realidad a través de los ojos de la defensoría, o, más exactamente, desde la mirada de las personas que fían su necesidad a la rectitud e imparcialidad de nuestra intervención.

Desde esta óptica, la medida debe ceñirse a un rasero meramente interno, es decir, al contraste entre los expedientes tratados en el ejercicio anterior y los que en la presente anualidad hemos abordado a instancias de las personas afectadas por demoras asistenciales de diversa índole.

Sobre estos pilares, la conclusión alcanzada es la de que se han duplicado las quejas alusivas a demora en el acceso a primera consulta de asistencia especializada y se han mantenido en niveles parejos las que afectan a procedimientos diagnósticos, a intervenciones quirúrgicas, con o sin plazo de garantía y a consultas de otros especialistas.

El estado de esta cuestión, en suma, no arroja una variación del sistema sanitario público andaluz en lo que se refiere estrictamente al volumen de situaciones que la ciudadanía traslada a esta Institución, que en conjunto iguala sus niveles ordinarios.

Para las citas de **primeras consultas de especialidades y procedimientos diagnósticos**, el Decreto 96/2004, de 9 de marzo, establece en 60 días la garantía de plazo de respuesta respecto de aquellas y en 30 días la de los segundos, considerando como primeras consultas las consultas programadas y en régimen ambulatorio que, estando incluidas en el Anexo II del Decreto, sean solicitadas por un médico de atención primaria para un facultativo especialista y no tengan la consideración de revisiones (artículo 3.b) y procedimientos diagnósticos los comprendidos en el Anexo III solicitados por los facultativos en consulta programada ambulatoria de un centro de atención primaria o especializada del SSPA o de un centro concertado que se determine.

El sistema de garantía de tiempo se diseña en el artículo 5 de forma escalonada, de tal modo que la cita debe otorgarse dentro del plazo en el centro asistencial de referencia, de no ser posible, admite la posibilidad de ofertarla en otros centros asistenciales del SSPA, en su defecto, en centros concertados y, finalmente, vencido el plazo máximo, habilita una vía alternativa facultando al paciente para requerir la atención en un centro sanitario privado. Opción esta última que ha de ser ejercida expresamente por la persona interesada conforme al procedimiento del artículo 11, es decir, solicitando y obteniendo la autorización con la entrega de un documento comprensivo de la relación de centros sanitarios privados a los que puede acudir.

En la práctica el sistema descrito se reduce a la derivación al centro de referencia o al concertado (al que incluso en ocasiones se recurre ya vencido el plazo de garantía y no dentro del mismo, como requiere la norma), no completando todo el recorrido posible y, desde luego, que conozcamos, es insólito el ejercicio de la garantía una vez excedido el plazo de respuesta. En ello pensamos que influye la falta de información adecuada de su funcionamiento, y nos planteamos si también lo hace el montante fijado como coste máximo que por la atención sanitaria en el centro privado asume la Administración sanitaria, establecido en la Orden de 18 de marzo de 2005.

No sabemos tampoco si esta es la razón por la que, al menos para la consulta de algunas especialidades, ningún centro sanitario privado ha mostrado interés en adherirse al convenio de colaboración con la Administración sanitaria a estos efectos (atender a pacientes que obtengan autorización por vencimiento del plazo de garantía de respuesta).

La única opción es, por tanto, bastante compleja: obtener la autorización, elegir el centro privado para la consulta de especialidad o práctica del procedimiento diagnóstico e iniciar la solicitud de reintegro de gastos. Y, por supuesto, elegir uno dentro del coste máximo cubierto, para, después retornar al sistema público con el parecer obtenido en la consulta de especialidad, que en ningún caso incluye pruebas diagnósticas o tratamiento o con el resultado de la prueba a los efectos subsiguientes.

Las Recomendaciones habituales que nos vemos en la necesidad de dirigir al Centro sanitario de turno, una vez detectado el incumplimiento del plazo garantizado para la actuación de que se trate (primera



consulta, procedimiento diagnóstico o intervención quirúrgica), además de interesar que se atienda la demanda de la persona interesada, inciden de forma general en la adopción de las medidas organizativas y asistenciales oportunas para respetar el plazo máximo previsto normativamente, y en la importancia de la debida información al usuario, es decir, que de concurrir los requisitos que establece la norma, se le comunique la posibilidad de acudir a un centro privado para su realización ([queja 16/6323](#)).

El adecuado ejercicio de los derechos por la ciudadanía, insistimos, **depende absolutamente de la información**, máxime en una organización compleja como la del sistema sanitario público. Por lo demás, la adopción de medidas organizativas y asistenciales suele traducirse en actuaciones específicas o, al menos, en una manifestación de buenas intenciones y voluntad, aunque en raras ocasiones comporta un incremento de medios personales, lo que, por otro lado, tampoco es extraño, vista la situación de carencia de profesionales sobre la que en varios momentos de este Informe hemos redundado y, por supuesto, teniendo en cuenta que el incremento de medios humanos está sujeto a la disponibilidad presupuestaria.

Como ejemplo significativo de la **falta de profesionales** como causa que obsta al incumplimiento del tiempo de respuesta asistencial, traemos a colación el supuesto de demora en la práctica de una prueba diagnóstica (resonancia magnética), que dio pie a emitir la oportuna Recomendación, frente a la que la respuesta ofrecida por la dirección del Hospital Infanta Elena de Huelva señaló que los numerosos intentos para contar con el mayor número de especialistas en traumatología y con ello poder cumplir los plazos, habían sido infructuosos por la inexistencia en el mercado laboral de disponibilidad de dicha especialidad, habiendo incluso ofertado este tipo de plaza fuera de España ([queja 19/0729](#)).

También las demoras en la respuesta a cualquiera de las modalidades de la atención especializada no incluidas en los procesos garantizados, motivan la petición de adopción de las medidas organizativas y asistenciales precisas para la satisfacción de la demanda, dado que consideramos que la falta de respaldo normativo de practicarse en un plazo, no justifica su dilación más allá de una espera razonable ([queja 18/3483](#), [queja 18/0486](#), [queja 18/2385](#), [queja 18/2964](#)).

En la última de las vertientes, la de los **procedimientos quirúrgicos**, la dinámica es la misma, tanto respecto de los sujetos a plazo de respuesta por el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, como en cuanto a los que careciendo de dicha garantía, han de ser satisfechos dentro del amparo constitucional del derecho a la protección de la salud y las normas legales de una buena Administración. Viéndose también afectados por las mismas deficiencias antedichas: defectos de información del funcionamiento de las listas de espera y deficiencia de especialistas.

Por su particularidad, citaremos la demora en la práctica de una intervención de hipospadias, por nacimiento con una malformación en la uretra, en el Hospital Universitario Regional de Málaga, a que debía ser sometido un menor de edad ([queja 19/0026](#)).

Explicaba la compareciente que su hijo, de 4 años de edad, estaba en lista de espera desde 2016. Su petición obtuvo favorable acogimiento por parte del Centro, que explicó que la intervención en cuestión no cuenta con plazo de garantía ni con la prioridad reservada a patologías con mayor prevalencia y comorbilidad, así como recurrió al elevado número de pacientes en situación similar y a la necesidad de distribuir los recursos quirúrgicos de acuerdo a la urgencia, gravedad y antigüedad de cada caso, de tal modo que la disponibilidad de quirófanos se rige por las necesidades de procedimientos urgentes, preferentes, oncológicos y situaciones clínicas no demorables. Una cadena, en definitiva, en la que es necesario velar por el encaje correcto de cada pieza.

Entre los procesos más específicos, en el ejercicio 2020 procederemos a valorar la información recabada de oficio respecto de la lista de espera de la cirugía bariátrica para el tratamiento de la obesidad mórbida ([queja 18/6003](#)).

Por último, aunque ya expusimos este asunto en los Informes de las dos anualidades precedentes, insistiremos en la oportunidad de plantear una reforma de la normativa en materia de garantía de plazo de las **pruebas diagnósticas** del Decreto 96/2004, dirigida a que en la misma se distingan las vinculadas a auténticas citas de revisión -programadas para evaluar el estado del paciente transcurrido un tiempo,



en las que es razonable que la práctica de la prueba preceda inmediatamente a la consulta-, de aquellas otras pruebas diagnósticas iniciales, cuyos resultados se comunican al paciente en una consulta dirigida a complementar el diagnóstico y cuya demora no obedece más que a la imposibilidad de la fijación de estas últimas con más premura.

Por nuestra parte entendemos que deben elaborarse protocolos para la información sobre los resultados de las pruebas, en los que se establezca una adecuada **coordinación a estos efectos con los médicos de atención primaria**, como posible cauce para dar cuenta de aquellos y valoren, en su caso, la necesidad de nueva cita con el especialista (queja 18/5540, queja 18/6492, queja 18/3856). Nos consta, como indicamos en el apartado destinado a la Atención Especializada, que algunos centros hospitalarios o de especialidades están revisando los circuitos en este sentido.

1.11.2.6. Praxis médica

No descubrimos nada nuevo si, como en ocasiones anteriores, reconocemos las limitaciones presentes en una Institución como el Defensor del Pueblo Andaluz, cuando de enjuiciar críticamente la **corrección o desacierto de la actuación de los profesionales sanitarios** se trata, es sometida por las personas interesadas a nuestra consideración.

Partiendo de la premisa de no incrementar el desasosiego de las personas que nos trasladan incertidumbres o discrepancias respecto de actuaciones de esta índole, nos abstenemos de generar falsas expectativas, delimitando con franqueza qué pueden esperar de las investigaciones que, en su caso, podamos realizar, que en resumidas cuentas van dirigidas a demandar de la Administración sanitaria, datos que permitan incrementar la información de que las primeras disponían, con la intención de arrojar algo más de luz o comprensión sobre el particular y fundar la decisión que estimen oportuno adoptar.

Las actuaciones sanitarias que no desembocan en el resultado deseado, provocan recelos en las personas afectadas (paciente o familiares) y conducen a un clima de desconfianza en el que no siempre resulta sencillo desentrañar si ha concurrido una verdadera mala praxis, si la sospecha o creencia de la misma ha resultado de la falta de comunicación o si, tal vez, han confluído ambas cosas.

Aún así, tampoco faltan ocasiones en las que la más sencilla constatación que permite un mero relato cronológico de actuaciones integrantes del proceso asistencial, ponen a nuestro alcance la posibilidad de alcanzar un pronunciamiento que en alguna medida respalde las pretensiones de la parte interesada.

Esto fue precisamente lo que ocurrió en la denuncia de haber concurrido un **error de diagnóstico en el programa de detección precoz del cáncer de mama** en que la interesada estaba incluida por razón de edad desde el año 2012, que había demorado un año el diagnóstico efectivo de aquel (queja 18/4954).

Alegaba la afectada que en febrero/marzo de 2016 se detectó un pequeño bultito y que consultado con su médico de atención primaria le recomendó el adelanto de la prueba de imagen prevista para abril/mayo de ese mismo año dentro del programa antes referido, cuyo resultado, practicado en abril, fue informado como normal.

No obstante, el crecimiento del bulto y la nueva consulta médica, con exploración manual, prevaleció la conclusión alcanzada por la imagen, decidiendo la interesada recurrir a la medicina privada en abril de 2017, en la que, previa práctica de mamografía y ecografía mamaria, obtuvo un diagnóstico de lesión tumoral sólida.

El tratamiento subsiguiente lo demandó del sistema sanitario público, con práctica de pruebas diagnósticas (biopsia y RNM), confirmación de diagnóstico, sometimiento a quimioterapia reductora del tumor, práctica de mastectomía radical y linfadenectomía y, finalmente, reconstrucción, reparación de tejido necrosado y radioterapia, completada con tratamiento farmacológico quinquenal.

La interesada consideraba que existía un error de diagnóstico, sobre la base de ser claramente visible la lesión en la imagen de la mamografía, discrepaba por la falta de práctica de ecografía complementaria a pesar de ser palpable la lesión y, por último, denunciaba la vulneración del período mínimo normativo de



conservación de la información clínica de los pacientes, en relación con las pruebas de imagen obtenidas en las mamografías de los años 2010 a 2014.

Admitida a trámite la queja, del informe de la Administración, en relación con las pretensiones de la interesada, extraímos tres conclusiones.

En primer lugar, la necesidad de evaluar las prácticas relacionadas con la destrucción de placas radiológicas que pudieran corresponder a pruebas realizadas en tiempo anterior a la digitalización de las mismas, para evitar que esta destrucción pudiera infringir el deber de conservación durante el plazo de cinco años de la documentación clínica que recoge la normativa vigente (artículo 17 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

En segundo lugar, y a pesar de que la explicación de la Dirección General ampara la omisión de la ecografía en no estar contemplada su práctica en el programa de detección precoz del cáncer de mama, siendo la única técnica de imagen prevista la mamografía, consideramos necesaria una investigación de la Administración que permita detectar defectos de funcionamiento en el citado programa, a fin de establecer la **ampliación de los estudios respecto de los casos de mujeres sintomáticas**, es decir, con anomalías palpables, al margen de los hallazgos mamográficos, como recomiendan los protocolos aplicables.

Y, por último, en coherencia con lo expuesto al comienzo de este apartado, nos abstuvimos de un pronunciamiento relativo a la posible concurrencia de negligencia en la asistencia, en la medida en que en el proceso han confluído aspectos que no conocemos y otros que escapan a nuestras posibilidades de enjuiciamiento.

La posibilidad en estos casos que compete a los interesados de formular reclamación de **responsabilidad patrimonial**, a tenor de lo previsto en el artículo 32 de la Ley 40/2015, reguladora del Régimen Jurídico del Sector Público, añade un nuevo escenario de inquietud, al tropezar con demoras muy acusadas en su tramitación, que nos resultan penosas en los casos en que el procedimiento, estando debidamente fundado, debe de concluir con una resolución estimatoria, total o parcial, de la pretensión.

Se trata de una problemática ya tradicional que, no obstante, presenta algunos indicios de mejora. Aunque no aspiremos al riguroso cumplimiento del rígido plazo de seis meses, sí entendemos posible una minoración de los tiempos excesivos que se invierten en la finalización de los expedientes, en la medida en que no todas las causas que coadyuvan a estas demoras están justificadas, como ocurre con la falta de diligencia en la remisión de la documentación clínica desde los Centros sanitarios.

Puesto que se trata de un asunto recurrente y aún aguardamos contar con una recopilación casuística que nos permita sustentar una opinión solvente sobre el sentido de la evolución de las medidas adicionales de organización acordadas, estimamos preferible insertar el enlace a una de las últimas Recomendaciones emitidas en 2019, en la que se comprende un resumen de lo que ha venido siendo su evolución desde la óptica de esta Institución ([queja 17/3263](#)).

Sí podemos apuntar como avance positivo, que en los informes reclamados en 2019 de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud (cuyo Servicio de Aseguramiento y Riesgos asumió la competencia sobre el particular en virtud del Decreto 507/2019, de 9 de julio, por el que se modifica el Decreto 105/2019, de 12 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud para redistribuir las funciones asignadas a algunos de sus órganos), comienza a incrementarse la información proporcionada, incluyendo datos más detallados o, en los casos en que ello es posible, una estimación temporal del trimestre del año en que se prevé el dictado del dictamen médico que abrirá el trámite de audiencia al interesado o tendrá lugar el dictado y notificación de la resolución que culmine la vía administrativa ([queja 19/4960](#)).

1.11.2.7. Derechos de los usuarios

Entre el variado elenco de derechos de la ciudadanía en materia sanitaria, las principales incidencias manifestadas en 2019 se han concentrado, por orden cuantitativo, en torno al derecho a la información, la historia clínica, cuestiones relacionadas con el reconocimiento mismo del derecho, el ejercicio de la libre elección, y, por último, las diferentes vertientes que exige el respeto a la dignidad de la persona como



paciente del sistema sanitario público y la correlativa garantía del derecho a la intimidad como parte del derecho a una muerte digna.

En sentido inverso, nos gustaría destacar una peculiaridad ya habitual, cual es la de la ausencia habitual de pretensiones que versen sobre derechos tan trascendentes para la población en general, como el del testamento vital, o sobre otros de ejercicio más restringido, como el consejo genético y la medicina predictiva.

De conformidad con la enumeración precedente, el grupo más numeroso de quejas ha venido representado por el **derecho a la información**, particularmente concretado en deficiencias en las respuestas de los responsables de los distintos centros sanitarios a las reclamaciones formalizadas por las personas usuarias y, en menor medida, relacionadas con carencias en la comunicación médico-paciente-familiares.

Es bastante habitual que la ciudadanía nos traslade haber dirigido su reclamación a algún centro sanitario público, mediante su formalización en el **Libro de Sugerencias y Reclamaciones**, por cualquiera de las vías (presencial o electrónica) disponibles al efecto, y su disconformidad porque la respuesta nunca llega, o en caso de recibirla, es estandarizada o no aporta una información relevante y, en los más de los casos, lo hace de forma bastante tardía, con incumplimiento de los plazos marcados por la normativa.

La admisión a trámite de este tipo de peticiones, como es lógico, lo es a los efectos de romper el silencio administrativo e instar la respuesta de la Administración sanitaria, sin entrar esta Institución a valorar el fondo del asunto que plantea la reclamación (**queja 19/5751**).

Consideramos que es necesario incrementar la diligencia en la gestión administrativa de las reclamaciones cumpliendo el plazo establecido para ofrecer la debida respuesta; desde el punto de vista cualitativo es igualmente importante que el contenido de la respuesta satisfaga el cuestionamiento del interesado, al margen de estimar o desestimar el mismo, es decir, guarde coherencia con el objeto de su interés; y, finalmente, que la comunicación se practique por cualquier medio que permita tener constancia de su recepción por la persona destinataria. Todas ellas, en suma, exigencias propias de las actuales garantías de toda tramitación administrativa.

En otro orden de cosas, persisten las peticiones ciudadanas alusivas a irregularidades relacionadas con el **derecho a la historia clínica**, bien respecto al propio acceso a la misma mediante la obtención de una copia completa, o bien en cuanto a disconformidades con su contenido, ya por defecto, ya por deseo de modificar aquel, que, en nuestra opinión, constituyen a la postre una manifestación más de las dificultades de la Administración sanitaria, a través de la atención a los usuarios de los distintos centros, de entablar una comunicación ágil y fluida con la ciudadanía.

En lo tocante al **reconocimiento mismo del derecho**, merece la pena destacar la queja interpuesta sobre la **asistencia sanitaria a personas extranjeras en situación administrativa no regular**.

Debemos recordar que en la pasada anualidad ya nos hacíamos eco de la trascendente reforma normativa operada por el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, mediante la derogación de la modificación previamente realizada en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, por el Real Decreto-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.

Apuntábamos entonces que dicho Decreto proclama su vocación de "garantizar la universalidad de la asistencia", o lo que es lo mismo de "garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español". Igualmente decíamos que la norma realiza un reconocimiento general del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todas las personas con nacionalidad española y de las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español, con una distinción: la vinculación del derecho al contenido de los reglamentos comunitarios de coordinación de los sistemas de Seguridad Social, respecto a quienes tienen el derecho con arreglo a los mismos; y el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan



su residencia legal en el territorio español, en las mismas condiciones que las nacionales, aunque con la exigencia del cumplimiento de una serie de requisitos.

Estos requisitos se consensuaron en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, para garantizar la homogeneidad en todo el territorio nacional del procedimiento de acreditación del derecho de estas personas para recibir asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos. La Resolución de 20 de junio de 2019 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, dictó al efecto las "Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español, para recibir asistencia sanitaria".

El procedimiento de solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a este colectivo para recibir la asistencia sanitaria en el Servicio Andaluz de Salud, ha suscitado la discrepancia de las entidades anteriormente aludidas, por cuanto consideran que el modelo de solicitud de alta o renovación de datos en la base de datos de usuarios de personas extranjeras sin residencia legal en Andalucía, supone una extralimitación respecto de las recomendaciones antedichas, incluyendo supuestos que no vienen contemplados en aquellas.

En cualquier caso, puesto que es incipiente el inicio de la pertinente investigación, estimamos más oportuno limitarnos en este momento a dar cuenta de las sensibilidades manifestadas al respecto por la Plataforma y Entidad referidas, reservando el análisis completo para el ejercicio venidero, cuando ya contemos con conclusiones y certezas.

Abundando en el análisis de los derechos, dentro del **ejercicio de la libre elección**, destacamos, por su interés, la queja 18/2781, tramitada sobre la efectividad de este derecho por las personas mayores que viven en centros residenciales.

Iniciada en el año 2018, pero concluida en 2019, la promotora de la queja manifestaba que existía una vulneración de los derechos en materia sanitaria de las **personas mayores que viven en residencias** y, más concretamente, de su derecho a la libre elección de médico de atención primaria, que se derivaba de la prestación de la atención sanitaria en el nivel primario a estas personas, a través de su adscripción automática a la Unidad de Residencias (conformada por un médico y un enfermero/a), efectuada por la Administración sanitaria sin previa consulta de la persona afectada, por el hecho de mudar su domicilio a un centro residencial.

La respuesta ofrecida desde el Servicio Andaluz de Salud, reconoció que, ciertamente, se trata de una forma de organización que limita la libre elección, por razones relacionadas con otras finalidades, que entiende prioritarias, como la de garantizar la calidad y seguridad de la atención de los pacientes centralizando la asistencia de las personas en situación de fragilidad, con procesos pluripatológicos, en tales unidades de los centros de salud; o facilitar la comunicación de pacientes y cuidadores/as de la residencia con los profesionales sanitarios de la unidad.

En cualquier caso, dejó patente que la cartera de servicios de Atención Primaria no contempla la existencia de estas unidades específicas, de tal modo que cada unidad directiva decide la forma de organización más eficiente de sus recursos para la prestación de la atención sanitaria a las personas usuarias que residen en centros de mayores, previa valoración del número, tamaño, tipo de residencia y personal del que dispone.

Por lo que con carácter general interesa, nos parece importante dejar constancia de la constitución en 2018 de un grupo de trabajo en el Servicio Andaluz de Salud, destinado a analizar los diferentes modelos de atención sanitaria en los centros residenciales, al objeto de identificar medidas de mejora para una atención personalizada y de calidad a sus residentes, planificando su organización en torno a tres posibles opciones, a saber: el modelo tradicional, la creación de Unidades de Residencias y

"Vulneración de los derechos en materia sanitaria de las personas mayores que viven en residencias"



Equipos de soporte de coordinación de necesidades específicas y activación de los servicios necesarios; cuya determinación está vinculada al número de centros residenciales del área, su número de residentes y la dispersión geográfica.

Puesto que se trata de una cuestión intrínsecamente ligada a la atención sociosanitaria, es la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios la que -conforme expresa el informe-, ha asumido la incorporación de las conclusiones obtenidas.

Culminamos este apartado dando cuenta del resultado de algunas de nuestras actuaciones iniciadas en anualidades precedentes, respecto de las diferentes vertientes que exige **el respeto a la dignidad de la persona** como paciente del SSPA y la correlativa garantía del derecho a la intimidad como elemento integrante del derecho a una muerte digna. No en vano durante 2018 emitimos tres Recomendaciones referidas a lo que se ha dado en denominar humanización de la atención sanitaria, que en 2019 recibieron respuesta y que, en todos los casos, han supuesto la aceptación de las consideraciones contenidas en aquellos pronunciamientos.

La Recomendación dirigida al Hospital Virgen Macarena de Sevilla para que garantice el derecho de los enfermos terminales ingresados a disponer de **habitación individual**, y adopte medidas para que su satisfacción no se supedite al nivel de ocupación en función de la demanda estacional, obtuvo la manifestación explícita de la prioridad que para la Dirección y profesionales de tal centro sanitario supone ofrecer una respuesta "a la persona en el proceso de la muerte" y, por tanto, "su derecho a tener una muerte digna, sin dolor y humanizada, rodeado de los suyos y en la más estricta intimidad", canalizada mediante el protocolo del centro de ocupación de habitaciones de uso individual y el objetivo de aumentar el número de las mismas en el período 2018/2019 (**queja 17/1717**).

La necesidad de que el derecho a una muerte digna o la humanización del momento de la muerte fuese igualmente tomado en consideración en las **Unidades de Cuidados Intensivos**, guió el pronunciamiento que dirigimos al Hospital Virgen del Rocío de Sevilla (**queja 17/1558**), con la intención de que se revisasen los protocolos sobre Información a pacientes y familiares para introducir en los mismos previsiones específicas sobre la manera de comunicar malas noticias, principalmente en los casos de fallecimiento, diseñando actividades formativas para incrementar las habilidades y capacitación de los profesionales sanitarios en este aspecto; y la idea de que en las UCIs se diseñaran espacios que garantizaran el acompañamiento familiar de los pacientes en situación de terminalidad en sus últimos momentos.

La aceptación de estas recomendaciones se realizó en la respuesta ofrecida por la gerencia del hospital, en la que se comunicaba la implementación en 2018 de un **Protocolo de Visita flexible en la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Intensivos**, que incluye el acompañamiento al final de la vida y las instrucciones correspondientes y del diseño de un "Plan de Humanización" en dicho centro, que contempla la designación de un referente de humanización en cada una de sus 40 Unidades de Gestión Clínica.

Por último, fueron las condiciones que para una muerte digna deben adoptarse en los **servicios de urgencias** al recibir a una paciente sometida a cuidados paliativos domiciliarios previos, las analizadas en el fallecimiento de una paciente en el del Hospital de Baza (**queja 17/1798**), concluyendo que debe evitarse el retraso en el acceso a la prestación de cuidados paliativos, aplicando con claridad los criterios que marcan la terminalidad; incrementarse los apoyos (principalmente la formación) de los cuidadores de pacientes paliativos en el domicilio; evitar el tránsito de los pacientes paliativos por los servicios de urgencia hospitalarios, y en caso de que no sea posible, prever itinerarios alternativos o medidas que propicien su rápida identificación; y difundir la utilización de la plataforma de telecontinuidad para favorecer la atención de los pacientes paliativos fuera del período de funcionamiento de los recursos convencionales y avanzados.

Desde el Centro se decidió poner en marcha mejoras del proceso asistencial de cuidados paliativos, consistentes en revisar los circuitos del proceso asistencial de cuidados paliativos, crear un grupo de trabajo para análisis y propuestas de mejora, revisar y difundir el protocolo de ingreso de pacientes paliativos y, en todo caso, priorizar el ingreso de un paciente paliativo en habitación individual para facilitar su intimidad y descanso en las condiciones más adecuadas; además de incidir en la obligación de la utilización de la Plataforma de telecontinuidad anteriormente aludida.



Somos conscientes de que cada vez con mayor intensidad está presente en la sensibilidad de los responsables de la organización de la Administración sanitaria este derecho, así lo extraemos de la respuesta a las recomendaciones emitidas en la **queja 17/1623**, iniciada de oficio, que sirvió de base a la elaboración por esta Institución del Informe Especial "**Morir en Andalucía. Dignidad y Derechos**" y **la Jornada que organizamos posteriormente**.

1.11.2.8. Centros sanitarios

Tienen presencia en este Informe Anual las demandas que han girado en torno a la necesidad de nuevas infraestructuras sanitarias o bien han trasladado déficits de diversa índole detectados en las ya existentes.

El incremento de los recursos materiales destinados a la prestación sanitaria mediante la consiguiente **construcción o puesta en funcionamiento de infraestructuras**, fueron reivindicaciones que aunque habían motivado la intervención de esta Institución en ejercicios anteriores al de 2019, finalmente concluimos en este último año, tras conocer las previsiones de los responsables públicos acerca de la construcción del HARE de la Alpujarra y sobre la reapertura del clausurado edificio que albergó durante mucho tiempo el Hospital Militar de Sevilla.

En el caso del Hospital de Alta Resolución de la granadina Alpujarra, fue una plataforma ciudadana del hospital de La Alpujarra la que alertó sobre el proyecto de este centro largamente demorado en su materialización.

Para fundamentar la necesidad de su construcción y puesta en funcionamiento, se aludía a una zona con características geográficas específicas (población dispersa y comunicaciones difíciles) en la que apreciaban una precariedad de los servicios sanitarios precisos para atender a la población censada (envejecida y pluripatológica) y al incremento de la demanda turística.

Destacaba la Plataforma que a pesar de que los terrenos habían sido cedidos por el Ayuntamiento de Órgiva y de que el proyecto y la cata del terreno se habían hecho, faltaba una voluntad política imprescindible para alcanzar el objetivo más general de contribuir al asentamiento de la población y al desarrollo de la comarca.

Interesada esta Institución la pertinente información a la Delegación Territorial de la Consejería de Salud en Granada, aunque desde la misma se reiteró el compromiso de la Administración sanitaria andaluza para la construcción del hospital de Órgiva, afirmando que el proyecto, redactado, aprobado y validado, pendía de disponibilidad presupuestaria para su licitación y de que se trataba de una apuesta por la cercanía en la asistencia sanitaria, se matizó, no obstante, que la cobertura de los vecinos de la zona se encontraba garantizada.

Por lo que atañe a la recuperación del edificio en el que se ubicaba el Hospital Vigil de Quiñones, más comúnmente conocido como Hospital Militar de Sevilla, desocupado y abandonado tras ser traspasado a la competencia de la Administración autonómica andaluza mediante la firma de un convenio con la del Estado, fue otra Plataforma ciudadana, en queja también con origen en 2017, la que promovió su reapertura y alertó de su expolio.

Preocupaba a los comparecientes el grave deterioro del edificio, al haberse producido un desmantelamiento de todo el equipamiento y desconociéndose su destino, en los años en que las obras de reforma planificadas habían quedado postergadas a causa de la crisis y del elevado importe que precisaba su realización. Manifestaban, igualmente, que superado el escenario de crisis, debía ser una prioridad retomar la reapertura del Centro, recordando que su previsto plan funcional incorporaba la instalación de una unidad de rehabilitación para lesionados medulares y daño cerebral, centro de referencia para cirugía ambulatoria, centro de alta resolución de especialidades, comunidad terapéutica de salud mental, centro de salud de los Bermejales, hospital de día, unidad de rehabilitación cardíaca, y área de hospitalización.

Para servir a esta finalidad los comparecientes recabaron el apoyo de los Ayuntamientos, un buen número de los cuales lo ofreció a través de mociones aprobadas por sus respectivos plenos, recabaron firmas de



la ciudadanía, e incluso se aprobó una Proposición no de Ley en el Parlamento de Andalucía, instando al Consejo de Gobierno a “Incluir en los próximos presupuestos de 2018 las inversiones necesarias para que el Hospital Vigil de Quiñones de Sevilla vuelva a su uso asistencial hospitalario, de acuerdo a las necesidades y demanda sanitaria de la población”, así como a “elaborar un cronograma para la reapertura del Hospital Vigil de Quiñones que permita el desglose de la inversión y la calendarización de la misma”.

Sobre estos antecedentes nos dirigimos a la Consejería competente en materia de Salud, cuya entonces titular, tras poner de manifiesto el devenir histórico de dicha instalación, la paralización sufrida por las principales obras, y la imposibilidad de abrir lo ya ejecutado sin tener en cuenta lo que queda, expresó los tres pasos que han de acometerse a este respecto: finalización del proceso de liquidación de los contratos resueltos, licitación y redacción de un proyecto de terminación que recoja las unidades que resten por ejecutar para la finalización del edificio conforme a la actual normativa técnica, y una vez supervisado dicho proyecto, licitación y ejecución de las obras de terminación, aunque sin ofrecer un cronograma de las actuaciones, que interesamos mediante la solicitud de un informe complementario.

Tanto la demanda del HARE de la provincia de Granada como la del Hospital Militar de Sevilla, fueron planteadas nuevamente a la Administración una vez producido el cambio en la titularidad de la ahora denominada Consejería de Salud y Familias. Puesto que por su Consejero se llevó a cabo el anuncio de elaboración de un **plan de infraestructuras sanitarias (2020-2030)**, que implica la constitución de grupos de trabajo en cada provincia para evaluar sus necesidades en este ámbito, con vistas a recoger “las necesidades de los recursos materiales que necesita la comunidad autónoma para garantizar las actuaciones sobre protección de la salud, la consecución de la igualdad social y el equilibrio en la prestación de los servicios sanitarios, así como la planificación, eficiencia y eficacia de la organización sanitaria”, esta Institución consideró que la resolución de ambos planteamientos quedaba, en ambos casos, a expensas de que se adoptaran las conclusiones de los correspondientes grupos de trabajo que se constituyeran en cada provincia.

Con este fundamento y conocidas las declaraciones públicas del Consejero de Salud y Familias respecto de la necesidad del proyecto de Granada para la atención sanitaria en la mentada provincia y la consignación de un montante de 12 millones de euros en los presupuestos de 2019 destinados a esta finalidad (**queja 17/5867**); así como las alusivas a la conveniencia de valorar el coste-efectividad de la puesta en funcionamiento del edificio del antiguo Hospital Militar de la ciudad de Sevilla, para su posible uso como hospital de media-larga estancia (**queja 17/6192**), acordamos concluir las actuaciones, al entender que las demandas se encuentran, respectivamente, en una vía más cercana de obtener solución.

A título meramente ilustrativo, traemos a colación otras necesidades manifestadas ante esta defensoría, como la alusiva a la apertura de un hospital de día de Salud Mental en Ronda, también abanderada por una Plataforma ciudadana conformada por profesionales sanitarios (**queja 19/3790** y **queja 19/4103**); o la petición de creación de Unidades de Atención Especializada para el tratamiento de la anorexia y otros Trastornos de la Conducta Alimentaria en Andalucía, debidamente abordada en el apartado de Salud Mental de este Informe (**queja 19/1214** y **queja 19/6489**).

Las deficiencias detectadas en Centros sanitarios existentes motivan otras reclamaciones ciudadanas, en esencia referidas a **déficits materiales** de hospitales, centros de salud o consultorios, en las muy contadas quejas que alertan sobre algún supuesto de malas condiciones de higiene, esencialmente hospitalaria, sobre dificultades en entablar contacto telefónico, o en cuanto a posibles irregularidades en el funcionamiento y atención de unidades de gestión clínica específicas, cuya entidad, de constatarse, ha de ser valorada en cada caso.

Terminaremos subrayando una cuestión que cada vez alcanza un peso mayor, la **carencia de profesionales sanitarios disponibles**, motivo concurrente entre las causas del incremento de los tiempos de respuesta asistencial, de merma en la calidad de la atención y de sobrecarga del personal sanitario, ya en la atención del nivel primario, ya en la especializada o en la de urgencias; e incluso en ocasiones, es la razón que impide por sí misma el funcionamiento de una Unidad completa, como ha ocurrido con la Unidad del Dolor en el hospital de Algeciras por falta de anestesiistas.



Precisamente la falta de especialistas de diversas categorías (anestesiólogos, rehabilitadores) es **particularmente preocupante en el Campo de Gibraltar**, como revelan las quejas reiteradas que trasladan a esta Institución esta problemática, entre las que consideramos oportuno destacar la vacancia de la mayor parte de las plazas de especialistas en medicina física y rehabilitación de los dos hospitales del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar (queja 19/0430), por las consecuencias de esta carencia.

La promotora de la queja destaca en su reivindicación que en los dos hospitales del Área la situación es límite, debido a que los Rehabilitadores son los encargados del diagnóstico y tratamiento de numerosas lesiones y discapacidades y los que dictaminan el tratamiento a aplicar por los fisioterapeutas, sin recibir una alternativa de atención, ya que los refuerzos que en ocasiones se movilizan desde otros hospitales ciertos días al mes, son insuficientes.

Afirma la Coordinadora que en el Campo de Gibraltar no puede prestarse una atención sanitaria digna ni en un plazo razonable, ni en la especialidad de Rehabilitación, ni en otras especialidades, entre las que cita la alta demora de las de Neurología, Urología, Cardiología, Digestivo, o Anestesiología, para primeras consultas, revisión o intervenciones quirúrgicas.

Este Comisionado del Parlamento Andaluz requirió informe a la Dirección del Área de Gestión Sanitaria, cuyo contenido, circunscrito a la carencia de Médicos Rehabilitadores, podemos resumir en la comunicación de que se encuentran adscritos a la Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación y Reumatología, que presta servicio -como bien decía la interesada-, a ambos hospitales del Área, con una plantilla total prevista de ocho especialistas, que únicamente tiene tres plazas cubiertas "debido a las dificultades que venimos sufriendo durante años por la escasez de especialistas dispuestos a prestar servicios en esta zona de difícil cobertura".

Se trata de una situación precisada de la adopción de medidas adecuadas por los responsables públicos.

1.11.2.9. Prestación farmacéutica

Entre las cuestiones suscitadas en torno a la prestación farmacéutica en 2019, la más significativa ha venido condicionada por las **dificultades en el acceso a esta prestación** o, con mayor precisión, por la imposibilidad de obtener en las oficinas de farmacia el medicamento prescrito a la persona interesada para el tratamiento de su patología.

Aunque no se trata de una problemática desconocida, sí ha devenido en cambio una situación que, de aislada, se ha tornado en más habitual, no solo si nos atenemos al incremento exponencial de quejas que en torno a la misma se han planteado ante el Defensor del Pueblo Andaluz, sino, igualmente, atendiendo a las decisiones que a nivel nacional se han adoptado con la intención de paliarla.

Respecto de estas últimas, partíamos de la previa consideración de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que califica el hecho como una falta de suministro de medicamentos, es decir, de ser inferiores las unidades disponibles de un medicamento en el canal farmacéutico a las necesidades de consumo nacional o local, a causa de problemas en la fabricación o en la distribución del medicamento en cuestión.

En 2019 este problema fue abordado por las autoridades sanitarias en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, cuyo Pleno aprobó el 8 de mayo de 2019 el **Plan de Garantías de Abastecimiento de Medicamentos 2019-2022**, elaborado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, con una planificación sujeta a un cronograma concreto, que incluye el propósito de implementar medidas preventivas de los problemas de suministro, que comprenden un plan de control de medicamentos comercializados, medidas reguladoras para prevenir tales problemas, la garantía de suministro en los medicamentos esenciales, una revisión de la política sancionadora y el pertinente desarrollo normativo; la forma de gestionar los problemas que surjan, fundamentalmente a través de la identificación precoz del problema, la mejora de herramientas de gestión y la consecución de alternativas terapéuticas; una adecuada información pública y a profesionales; y, finalmente, actuaciones y coordinación transversales con otros países de la UE, a nivel interno nacional y, en todo caso, la



evaluación continua del Plan en el segundo y el cuarto semestre de cada una de las anualidades de vigencia.

Desde esta perspectiva, esta Institución ha circunscrito su intervención a la esencial labor de informar a la ciudadanía andaluza de la razón de los problemas de suministro, de la posibilidad de consultar la situación del fármaco al que no le resulta posible acceder en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, en la que se mantiene actualizada la relación de medicamentos con problemas de suministro, estableciendo la fecha de inicio y la prevista para su finalización, así como la posible existencia de otros medicamentos con el mismo principio activo y vía de administración, para que, de conformidad con ello, consulten a su médico sobre la alternativa temporal.

Como excepción, al término del ejercicio decidimos consultar con la Viceconsejería de Salud el asunto que nos ocupa, con la intención de conocer su enfoque del mismo, las actuaciones y medidas que en el marco del Plan de Garantías de Abastecimiento de Medicamentos 2019-2022 compete realizar a los poderes públicos en nuestra comunidad autónoma y, en un plano más específico, la solución que debe adoptarse en aquellos supuestos en que un medicamento presenta un problema de suministro, existe una alternativa terapéutica (otro medicamento con el mismo principio activo y vía de administración), pero no se encuentra aquella incluida entre los fármacos seleccionados como financiados por el sistema sanitario andaluz.

Del resultado de esta investigación, en caso de obtener alguna conclusión relevante, procederá informar en el compendio del ejercicio 2020.

El problema que hasta ahora no trascendía del ámbito de la farmacia comunitaria, alcanzó puntualmente el ámbito hospitalario, a través de una carencia de yodo radiactivo, de alcance a nivel regional europeo (queja 19/3574), que provocó la suspensión de algunas pruebas de medicina nuclear por falta de tal sustancia.

1.11.2.10. Salud mental

Es inusual que las deficiencias y necesidades que plantea la ciudadanía en materia de Salud Mental ante esta Institución, sean promovidas por las personas que en su propia piel experimentan cualquiera de las patologías, más livianas o de mayor entidad, que pueden enmarcarse en trastornos de esta índole, siendo con mayor presencia las personas de su círculo más estrecho, familiar o comunitario, las que toman la iniciativa de pedir ayuda para aquellas que, al propio tiempo, no es sino la demanda de una respuesta para ambas.

Es recurrente, por tanto, la **preocupación de familiares y de la sociedad**, por el deterioro individual y relacional de las personas que padecen problemas de salud mental no tratados adecuadamente, en sus vertientes más graves, en la medida en que para los primeros comporta una fuente intensa de sufrimiento propio y del ser querido, que daña al vínculo afectivo o incluso llega a hacer inviable la cohabitación y para los segundos se cierne como una amenaza a la pacífica convivencia vecinal.

Reflejan esta realidad las quejas remitidas por estos terceros directa o indirectamente concernidos, demandando o bien una ayuda inconcreta, o un nuevo enfoque en el abordaje de la patología, o apoyo para conseguir el seguimiento del tratamiento indicado al afectado, el acceso un centro residencial o a algún recurso especializado o, sencillamente, dando cuenta de la situación de abandono que padece una persona que, aunque mantiene intacta su capacidad de autogobierno, da muestras externas de tener desatendidas las más esenciales necesidades vitales y/o presenta comportamientos que atentan contra la seguridad ajena.

En los supuestos de alarma vecinal, como el trasladado en la **queja 18/6919**, en que una comunidad de propietarios nos pedía intervenir en la convivencia problemática con un vecino que aparentaba precisar tratamiento de salud mental, revelada en protagonizar escándalos, golpes, insultos, lanzamiento de objetos por las ventanas y actos de violencia verbal y física, con reiterados ingresos hospitalarios en fase aguda para estabilización, esta Institución procura requerir información a los dispositivos sanitarios y sociales oportunos, a fin de conocer qué asistencia se le está dispensando o qué recurso debería reconocérsele.



Especialmente penosos resultan los relatos de progenitores de cierta edad confiando a esta defensoría, al límite de sus fuerzas, un dolor en el que ya no son capaces de discernir si en su preocupación pesa más el deseo de una recuperación del hijo o hija, en la que por sus fallidas experiencias ya no confían, o la necesidad inaplazable de liberarse de una losa que trasciende a sus menguadas aptitudes. Es humano comprender que se trate de ambas cosas.

Frecuentemente ocurre en los casos graves de trastorno mental, en ocasiones agravado por el consumo de tóxicos, que deriva en altercados, problemas penales y maltrato a progenitores mayores, cuyas familias inquieran una plaza residencial en un centro adecuado (queja 19/4537 y queja 19/6370).

La mayoría de los afectados presentes en estas quejas cuentan con un diagnóstico de salud mental y con un tratamiento prescrito, tienen reconocido un porcentaje significativo de discapacidad e incluso un grado elevado de dependencia; únicamente algunos han sido privados de su capacidad de autogobierno, otros se encuentran incursos en proceso de incapacitación judicial y otros tantos, por la entidad de su patología, no precisan de esta medida restrictiva de su capacidad. Pero todos ellos, conforme resulta de las manifestaciones de sus allegados, se ven inmersos en una maraña de trámites (discapacidad, dependencia, y adecuación de tratamiento en salud mental, así como, en su caso, incapacitación judicial), que una vez culminados no allana el camino en la medida en que habían esperado.

Como siempre decimos, la casuística es variada, pero el telón de fondo, el mismo: infradotación de plantilla de profesionales sanitarios de salud mental, que a su vez conduce a tratamientos y seguimientos de frecuencia insuficiente y a la inevitable priorización del tratamiento farmacológico frente al psicoterapéutico; y, sobre todo, deficitarias plazas en recursos específicos sanitarios y sociales, particularmente de hospitalización y de plazas residenciales, junto a insoslayables necesidades de una **mejora de la coordinación entre los recursos de la Administración sanitaria y los disponibles en el Sistema de la Dependencia**.

Precisamente en relación con los recursos, esta defensoría continúa con el análisis de la suficiencia de los del programa de apoyo domiciliario de Faisem destinado a personas afectadas por trastorno mental grave (queja 17/4113); ha recibido demandas alusivas a la creación de una Comunidad Terapéutica para el Campo de Gibraltar; sobre la apertura de un hospital de día de Salud Mental en Ronda; o respecto de la necesidad de Unidades de Atención Especializada para el tratamiento de la anorexia y otros trastornos de la conducta alimentaria en Andalucía; pasando por peticiones de introducción de mejoras en las unidades de hospitalización de salud mental de agudos de los hospitales Virgen Macarena y Virgen del Rocío de Sevilla.

La inexistencia en Andalucía de **Unidades de Trastorno de la Conducta Alimentaria**, fue puesta de relieve por la madre de una joven afectada (**queja 19/1214**), demandando su creación.

Su petición partía de la experiencia personal vivida a través de su hija, diagnosticada de anorexia nerviosa en la adolescencia por su médico de atención primaria, cuando aún era menor de edad. Relataba la interesada que desde hace muchos años su hija se encuentra en el límite entre la vida y la muerte, padeciendo atención e ingresos en distintos centros, públicos y privados, en un peregrinar que no ha servido sino para la cronificación de su enfermedad: consultas de salud mental; centro de día privado; ingresos varios en los servicios de endocrinología, medicina interna y salud mental de diversos hospitales públicos; consultas ambulatorias esporádicas; e incluso derivación a centros de otras comunidades autónomas.

“Mejora de la coordinación entre los recursos de la Administración sanitaria y los disponibles en el Sistema de la Dependencia”

La Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud reconoció que los trastornos de la conducta alimentaria, por su origen multifactorial, requieren un abordaje multidisciplinar para cuya correcta atención es precisa la intervención coordinada de profesionales de atención primaria (medicina de familia y pediatría), medicina interna, endocrinología y salud mental, debiendo garantizarse la continuidad asistencial. Aludió asimismo a la existencia en el sistema sanitario público andaluz del proceso



asistencial integrado, como guía práctica para el tratamiento de estos trastornos y describió los recursos aplicables para la atención sanitaria.

No obstante, siendo una evidencia que en nuestra comunidad autónoma no existía ninguna, el informe concluyó anunciando la creación de dos Unidades multidisciplinares de Atención Integral a los trastornos de la conducta alimentaria a partir de septiembre de 2019 (Andalucía Occidental y Oriental). En noviembre de 2019 comenzó a funcionar la Unidad de Málaga, en régimen de Hospital de Día y de consultas externas.

En el ejercicio 2019 incoó esta defensoría de oficio las investigaciones destinadas a ahondar en las plazas de **hospitalización de media-larga estancia en salud mental** (**queja 19/3718**), en coherencia con el propósito general de dedicar una parte importante de nuestros esfuerzos a la revisión y mejora de la Salud Mental en nuestra comunidad autónoma.

En concreto, nos interesa conocer las claves de la organización de la asistencia en régimen de hospitalización de media-larga estancia, los centros en la que se presta, las plazas existentes en los mismos, su régimen de distribución y la manera en la que se asignan. E, igualmente, los criterios que marcan el perfil de los pacientes tributarios de este recurso y el número de los que aguardan acceder al mismo, con indicación del tiempo medio de demora.

En definitiva, la finalidad es revisar si se ha evaluado la suficiencia de este recurso a tenor de las necesidades detectadas, y en su caso los resultados obtenidos y la previsiones al respecto, para lo cual hemos interesado la remisión del oportuno informe a la Coordinación Autonómica de Salud Mental, que lo ha remitido en el último trimestre de 2019, estando en proceso de valorar la información proporcionada en el mismo.

Finalmente, en el plano más sustantivo de los **tratamientos**, culminamos la dación de cuenta de este apartado con la conclusión definitiva de las actuaciones que tuvieron por objeto el tratamiento asertivo comunitario (**queja 16/5473**), de cuyo fondo ya hicimos un pormenorizado relato en el Informe Anual 2018, para limitarnos en esta ocasión a referir que la Coordinación Autonómica de Salud Mental, aceptó nuestras Recomendaciones, manifestando la intención de realizar un análisis de situación de los programas de tratamiento asertivo comunitario desde el Plan Andaluz de Salud Mental en coordinación con la Escuela Andaluza de Salud Pública, la práctica de un seguimiento de su grado de implantación y la necesidad de que se cuente con los mismos en todas las áreas.

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

1.11.3.1. Quejas de oficio

Se han iniciado un total de 3 investigaciones de oficio durante 2019, que versan sobre las cuestiones que a continuación se relacionan:

- **Queja 19/1731**, referente al fallecimiento de un paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital Torrecárdenas, dirigida al Complejo Hospitalario Torrecárdenas y a la Dirección General del Servicio Andaluz de Salud;
- **Queja 19/3718**, sobre la hospitalización de media-larga estancia en salud mental, dirigida a la Coordinación de Salud Mental;
- **Queja 19/4613**, relativa a la crisis sanitaria por brote de listeriosis en Andalucía, dirigida a la Consejería de Salud y Familias, y al Ayuntamiento de Sevilla.

1.11.3.2. Colaboración de las Administraciones

En lo tocante a la colaboración de los responsables públicos de los distintos centros sanitarios que conforman el sistema sanitario público de Andalucía y la de los responsables de diseñar sus políticas, el Defensor del Pueblo Andaluz ha de mostrar su satisfacción tanto con el interés en atender los requerimientos de información precisos para cada investigación, como con el nivel técnico de las respuestas ofrecidas.



1.11.3.3. Resoluciones no aceptadas

Aunque de ordinario circunscribimos nuestros pronunciamientos a situaciones merecedoras de favorable acogimiento por la Administración, y que, en consecuencia, son por ello aceptadas en lo sustancial, tampoco faltan ocasiones puntuales en que, por razones diversas, la aspiración no desemboca en el acuerdo pretendido.

En este sentido citamos la conclusión del supuesto abordado en la **queja 18/5502**, referido a la demora en intervención quirúrgica de fractura de tabique nasal, cuya recomendación, dirigida al Hospital Virgen del Rocío, para que fijara a la mayor brevedad la fecha en que intervendría a la persona interesada, así como para que adoptara las medidas organizativas y asistenciales para superar la demora en el tiempo de respuesta, consideramos no aceptadas al no procederse a la programación de la intervención.



Este tema en otras materias

BALANCE DEL DEFENSOR

2. Principales indicadores

2.1. Políticas sociales

...

La **Salud** es otro de los pilares del bienestar, y los poderes públicos tienen el deber de garantizar sus recursos y prestaciones. La ciudadanía ha mantenido el nivel de peticiones (más de 500 quejas en 2019, un 10% de las Políticas Sociales). Nos preocupa en el reconocimiento del derecho a la **asistencia sanitaria** pública, las limitaciones a la **movilidad de los pacientes**, la **atención primaria y especializada**, las **urgencias y emergencias**, las **listas de espera**, las campañas preventivas y los protocolos frente a problemas de **salud pública**, la atención a la **salud mental**, la **prestación farmacéutica**; el **transporte sanitario** o **los derechos de los pacientes y usuarios**, como son los necesarios para la garantía de la dignidad de la persona en el proceso de muerte.

Consideramos que, desde un enfoque más global y analítico, se debe analizar la necesidad de repensar el modelo de organización, con la finalidad de que sea capaz de prever y afrontar los retos a que debe adaptarse de la mano de realidades innegables que lo condicionan, como la **insuficiencia de profesionales sanitarios y la demografía**, en cuya evolución tienen un papel relevante, a los efectos que nos interesan, el envejecimiento de la ciudadanía y la despoblación fuera de las ciudades. En el plano asistencial, debe avanzarse en la implantación de la atención sociosanitaria, como escalón intermedio entre la atención hospitalaria y la primaria, destinada a determinados perfiles de personas, reforzando especialmente la colaboración y coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, un camino emprendido recientemente en nuestra comunidad y en todo caso precisado de las infraestructuras imprescindibles.

...

3. Cuestiones relevantes

3.1. Andalucía despoblada

La despoblación no es un fenómeno nuevo. Viene de lejos, es global y parece irreversible. Todas las poblaciones han buscado las mejores oportunidades que les daban las ciudades, y esa tendencia sigue en aumento. **Más de la mitad de la población mundial vive ya en ciudades** y se estima que en diez años ese porcentaje aumentará al 60%. El acceso generalizado a la información y a la comunicación por internet invita aún a desplazarse a lugares con amplia red de cobertura.

Andalucía no es ajena a este fenómeno. La existencia de zonas y comarcas geográficas con una bajada de población es un hecho constatable según un reciente informe de la Federación Andaluza de Municipios y Provincias (FAMP). Las zonas escasamente pobladas (menos de 50 hab./km²) ocupan el 65,9% del territorio andaluz. El 14,3% del territorio está muy escasamente poblado, 73 municipios están por debajo de 8 hab./km². Aproximadamente, el 70% de los municipios andaluces (534) han perdido población con respecto a 1960. La mitad de los municipios andaluces, 389, está perdiendo población en el siglo XXI, el 90% son municipios rurales de menos de 5.000 habitantes.

El Defensor del Pueblo andaluz tiene la misión de **garantizar el cumplimiento de los derechos sociales de los andaluces con independencia del territorio en el que vivan**, por lo que desde hace algún tiempo viene manifestando su preocupación por el impacto que este fenómeno está causando en estas comarcas en cuanto al cumplimiento de esos derechos. No se trata de una percepción teórica; a las quejas que recibimos de la ciudadanía afectada sumamos **las comprobaciones in situ que realizamos con la Oficina de Información y Atención Ciudadana (OIAC)** del Defensor del Pueblo andaluz, que se acerca a la ciudadanía para conocer de primera mano sus preocupaciones y problemas, con mayor atención a las comarcas más aisladas o distantes de grandes núcleos poblacionales.



Venimos trabajando desde hace tiempo -y tenemos el compromiso de seguir haciéndolo bajo una línea estratégica común- en el impacto que está sufriendo la Andalucía vaciada en un amplio abanico de prestaciones, con consecuencias sobre la **igualdad de derechos y oportunidades**. Seguimos detectando preocupaciones en los padres que reclaman un **centro educativo cercano** y con los recursos necesarios para sus hijos e hijas; en la **atención médica** con la insuficiencia de recursos, algo que hemos detectado por ejemplo en los cuidados a personas en el proceso final de la muerte; la **soledad de las personas mayores**, más necesitadas por tanto de recursos de dependencia o de actividades de envejecimiento activo; en **exclusión financiera**, que obliga a vecinos de estas comarcas a desplazarse a otras localidades para realizar sus gestiones bancarias ante la desaparición de oficinas locales; en el aislamiento que produce el mal estado o carencia de **infraestructuras de comunicación**, viarias o ferroviaria, incluido el servicio público; en la falta de **políticas de formación** para el empleo para las personas jóvenes; o en el abandono de las **actividades agrarias o ganaderas** tradicionales, que suponen no solo un estilo de vida a conservar, sino un posible yacimiento de empleo. Como nos comentaban en una visita a la comarca onubense de Aracena: la Sierra es maravillosa, pero es muy duro vivir en ella.

Con especial dedicación, hemos atendido quejas de familias que han visto suprimidas las líneas educativas en las que estudiaban sus hijos en sus municipios o en sus cabeceras de comarca, caso de las provincias de Granada y Almería, en concreto en la Alpujarra. El coste de vivir en este medio rural incluye desplazamientos por una red viaria con deficiencias; la existencia de aulas con alumnos de diferentes niveles; la ausencia o la oferta reducida de actividades extraescolares; la falta de referentes profesionales y menores oportunidades de socialización, entre otras carencias. Pero si los padres y madres deciden mudarse con sus hijos a municipios de mayor dimensión en la búsqueda de otras ofertas educativas, las aulas quedarán vacías. Las poblaciones sin renovación generacional, los pueblos y aldeas sin niños son el anticipo de la desaparición de estos espacios habitados que hacen sostenible el territorio: **Recreos mudos, pueblos muertos**.

En el ámbito de la **salud**, a lo largo de nuestros informes también tenemos detectados los problemas de aquellas poblaciones que tienen lejanos sus hospitales o centros de referencia e, incluso, los centros de salud. También con ocasión del Informe Especial de Muerte Digna en Andalucía conocimos las carencias de personal médico en las zonas rurales para atender a las personas en este proceso y ante la necesidad de cuidados paliativos, así como la carencia de pediatras en general pero más acusada en este entorno. En 2020 está previsto analizar en profundidad las repercusiones de la despoblación en la salud durante las **Jornadas de Coordinación de Defensores** que se celebra anualmente y que organizará el Defensor del Pueblo de Castilla y León (*al cierre de este balance, se ha aplazado ante la situación creada por la crisis del Covid-19*).

En el trabajo realizado en las distintas visitas a las comarcas andaluzas, especialmente en las reuniones con los alcaldes y alcaldesas, nos siguen trasladando otros problemas que afectan a pequeños núcleos de población y zonas rurales, como son los relacionados con las **personas mayores**; las dificultades para la movilidad, o la falta de políticas de formación atractivas y adaptadas al territorio para que supongan una fuente de riqueza.

Destaca además una consecuencia a la que venimos dedicando especial atención, como es la denominada **exclusión financiera**, un término que ha venido a dar nombre a la situación que sufre la población que reside en municipios rurales y dispersos a causa del cierre de oficinas bancarias.

Existe un porcentaje importante de la población que reside en localidades pequeñas que, por su edad o por otras razones, carece de una mínima cultura digital y el acceso a los medios electrónicos les resulta complicado y, a veces, imposible. Estas personas serían las que se ven especialmente perjudicadas por el cierre de sucursales. El desplazamiento a oficinas ubicadas en poblaciones cercanas para la realización de las gestiones necesarias no es una solución siempre factible, bien porque no se disponga de medios propios de transporte, porque las comunicaciones de transporte público no estén bien desarrolladas o por no poder hacer frente al coste que estos desplazamientos implican.

Hemos trabajado con ayuntamientos, diputaciones y las principales entidades financieras radicadas en Andalucía, con una propuesta amplia de soluciones. En general la respuesta obtenida de Administraciones y entidades financieras coincide con la preocupación de esta Institución, señalando algunas posibles



alternativas y ofreciendo su colaboración para el estudio conjunto de soluciones que puedan dar satisfacción a las necesidades de la población rural sin recursos tecnológicos.

Al igual que en los avances obtenidos en algunas poblaciones en las soluciones para el acceso a los bancos, deseamos que con nuestra contribución logremos **garantizar un igual acceso a los recursos independientemente del territorio**. Compartimos la legítima atención a la Andalucía despoblada, porque todos los andaluces tienen igual derecho a acceder a servicios y equipamientos, poniendo en valor patrimonios en áreas amenazadas que no se pueden mantener sin servicios públicos con dotaciones adecuadas ni el fomento de actividades sociales y económicas.

3.5. El derecho a una buena administración

A esta Institución llegan un considerable porcentaje de demandas ciudadanas que denuncian las excesivas demoras en que incurren las Administraciones públicas andaluzas (meses e incluso años) para la resolución de los procedimientos, sin obtener información que justifique esos retrasos. Supone una realidad preocupante que la ciudadanía, en numerosas ocasiones, ponga en entredicho que se esté cumpliendo con el artículo 31 del Estatuto de Andalucía que garantiza el derecho a una buena administración, sobre todo en cuanto a que **sus asuntos sean resueltos en un plazo razonable**.

Esta injustificada inactividad o silencio de las Administraciones públicas andaluzas, además de suponer un reiterado incumplimiento de las normas legales y reglamentarias que están obligadas a observar, puede ocasionar, en muchos supuestos, un perjuicio concreto a la ciudadanía, al tener que acudir a la vía judicial para el reconocimiento de sus derechos y pretensiones, con los consiguientes perjuicios que ello le comporta, incluso de índole económica al tener que afrontar los gastos de asistencia jurídica.

Pueden encontrarse ejemplos de estas demoras, en ocasiones de forma desproporcionada e incluso abusiva, como ya se han reseñado al principio de este balance.

La falta de personal necesario, el recurso del silencio administrativo, los procedimientos lentos y farragosos, la desinformación sobre los expedientes... llevan a provocar el desaliento en la ciudadanía y la impresión de que la Administración no funciona bien. Acuden al Defensor del Pueblo andaluz -nos han indicado en algunas quejas- con una confianza: **que no nos parezcamos a la Administración**.

En un Estado de Derecho la actividad administrativa es crucial para la consecución del interés general y, desde esta perspectiva, los principios constitucionales y estatutarios que la delimitan, sujetan la actuación pública a unas normas procedimentales a través de las cuales la Administración debe manifestar su voluntad y garantizar el cumplimiento de dichos principios.

Principios que no se detienen en la mera observancia estricta de procedimiento y trámites, sino que más allá reclaman la plena efectividad de garantías y derechos reconocidos legal y constitucionalmente a la ciudadanía, entre los que se encuentran el correspondiente a que sus asuntos se traten de manera objetiva e imparcial y sean resueltos en un plazo razonable.

Estas disfunciones en la actuación de los organismos y entidades públicas, desgraciadamente, **no constituyen una novedad en el ámbito de las relaciones de la ciudadanía con la Administración**. Las demoras y retrasos en la actuación administrativa vienen a constituir un mal endémico en el funcionamiento de nuestras Administraciones públicas que no termina de resolverse a pesar de las medidas y garantías que se han ido incorporando para combatirlo.

Y no será porque las distintas leyes reguladoras del Procedimiento Administrativo hayan ahorrado medidas para evitar estas situaciones o paliar sus consecuencias. Así, entre otras medidas, se ha impuesto a las Administraciones la obligación de resolver sus procedimientos en un plazo determinado; la obligación de publicar los plazos máximos de duración de sus procedimientos; la obligación de motivar la ampliación del plazo para resolver un procedimiento cuando concurran causas justificadas; la obligación de racionalizar, normalizar y automatizar sus procedimientos; la obligación expresa que se impone a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones de cumplimiento de los plazos establecidos legalmente; la responsabilidad disciplinaria en que pudieran incurrir por incumplimiento de dicha obligación; la ampliación de los plazos para recurrir los actos presuntos.



Sin embargo, en la práctica, estas medidas han tenido un carácter más formal que efectivo para la consecución del fin perseguido. Frente a ello, es **imprescindible la creación de un clima contrario al retraso en la actuación de las Administraciones públicas**, que debe implicar a todas las partes afectadas por este problema y que se proyecta a toda la sociedad, por cuanto con esas prácticas dilatorias de la Administración no sólo se está vulnerando el derecho de la persona interesada a la tutela administrativa efectiva, sino que, finalmente, es el propio interés público el que resulta en última instancia perjudicado.

Instituciones, como las Defensorías del Pueblo, deben ser parte especialmente comprometida en conseguir ese cambio de cultura que consiente y se resigna a las demoras en el actuar de la Administración como algo inevitable y consustancial al sistema. Pero, junto a ellas, todas las demás instancias públicas y sociales deben **asumir seriamente sus obligaciones al respecto y adoptar las medidas que procedan para garantizar de forma efectiva el derecho a una buena administración** reconocido a la ciudadanía.

En definitiva, el contenido de este Balance clarifica nuestro trabajo y compromiso de presente y futuro, haciendo frente a los nuevos retos que nos demanda la ciudadanía para los próximos años. Y refleja, además, la apuesta de esta Defensoría por lograr la ansiada paz y convivencia de la ciudadanía andaluza en igualdad y disfrute de los derechos.

1.1. Administraciones Tributarias, Públicas y Ordenación Económica

1.1.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.1.2.2. Administraciones Públicas y Ordenación Económica

1.1.2.2.4. Servicios municipales

Tuvimos ocasión de tratar cuestiones vinculadas al **funcionamiento de los servicios municipales** en la **queja 18/7510** en la que el Administrador de una Comunidad de Propietarios de edificio de viviendas en régimen de propiedad horizontal, en Torremolinos (Málaga), nos exponía que en el edificio referido reside una persona que está causando problemas para la normal convivencia, además de, perjuicios a la salubridad del inmueble.

Según nos exponía instaron ante las Administraciones Local y de Justicia la adopción de medidas que resuelvan este grave problema, resultando que no se acometen ni finalizan, llevando ya tres años en esta situación.

Posteriormente se personó en nuestras actuaciones otro vecino afectado como interesado, manifestando que se trataba de un gravísimo caso de insalubridad comunitaria extrema y nos solicitaba información sobre las actuaciones emprendidas por nuestra parte, instando que hiciéramos lo posible en aras del derecho a la protección de la salud de sus hijos y de todos los vecinos que allí viven.

Solicitado informe al Ayuntamiento, se nos respondía desde los Servicios Sociales:

"Se inicia en enero de 2019 nuevo trámite para solicitar orden de entrada en el domicilio para proceder a la retirada de enseres y limpieza e higienización del mismo, para ello se remite notificación de providencia, en el que se concede plazo de quince días para que limpie su vivienda, en caso de no realizarse se informará al Decanato de Málaga solicitando la orden de entrada para proceder a la limpieza del inmueble e ingreso involuntario temporal..." Decir que la notificación fue enviada con dos agentes de policía local, y que no deseaba firmar recibí, pero si se realiza la entrega del mismo".

Con fecha 14 de febrero de 2019, recibimos nuevo informe del Ayuntamiento, en el que la Alcaldía, tras una larga exposición de antecedentes que se remontaban al 2016, y reseña de diversos expedientes tramitados por distintas Delegaciones y Servicios municipales al respecto con objeto de adoptar medidas en vía administrativa para resolver la preocupante situación de falta de higiene y salubridad en el edificio, nos informaba lo siguiente:

"Le comunico que a la vista de los Antecedentes, y en virtud de la legislación citada y de aplicación, podemos concluir que esta Delegación Municipal de Medio Ambiente y Sanidad ha actuado correctamente



en el ámbito de sus competencias, máxime cuando el asunto esta en vía judicial desde el 2 de marzo de 2016 en el Juzgado de Primera Instancia nº 3 de Torremolinos, por denuncia de la Comunidad de Propietarios, según indica D. ... en su escrito de fecha 19 de octubre de 2018, asentado en el Registro General de Entrada de este Ayuntamiento bajo el número 45948, de 23 de octubre de 2018. Es por ello que este Ayuntamiento se ve imposibilitado para actuar en la vivienda y garaje privados sin la correspondiente autorización de la Administración de Justicia conforme al artículo 18.2 de la Constitución que establece a tenor literal "el domicilio es inviolable ..."

Acto seguido, formulamos **Resolución** que puede ser consultada en el enlace facilitado.

En la misma recordamos al Ayuntamiento las potestades municipales en materia de protección de la sanidad y salubridad ambientales de los vecinos y en sus lugares de convivencia y las competencias de control sanitario del medio ambiente y de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, entre otras.

Por cuanto antecede, y con independencia de las actuaciones que estuvieren llevando a cabo la Comunidad de Propietarios ante los juzgados y tribunales y, los propios Servicios Sociales del Ayuntamiento de Torremolinos, sobre la incapacitación civil del causante del problema sanitario, considerábamos necesario que la Administración municipal, actuando de oficio instare, con carácter de urgente, el oportuno mandamiento judicial para entrada en domicilio y, una vez obtenido aquél, procediera asistida de la Policía Local y de los operarios municipales necesarios, a la entrada en la vivienda y al restablecimiento de la salubridad e higiene alteradas.

Recibido informe del Ayuntamiento de Torremolinos, éste nos respondía en los siguientes términos:

"Primero. En primer lugar exponerle nuestra total aceptación a su Recordatorio en orden al cumplimiento de los preceptos legales que en el mismo se detallan y a la Recomendación formulada.

Segundo. Poner en su conocimiento que a consecuencia de distintas actuaciones que se han ido realizando desde las Delegaciones de este Ayuntamiento, por parte de la Asesoría Jurídica se ha iniciado un Procedimiento de Solicitud de Entrada en Domicilio el cual es tramitado ante el Juzgado de lo Contencioso Administrativo nº 2 de Málaga. Procedimiento de Autorización de Entrada a Domicilio 461/2019; y actualmente estamos a la espera del dictado del Auto que en su caso autorice la intervención en la vivienda sita en C/ (...). objeto de la presente Queja...

Tercero. Igualmente por la Concejalía de Servicios Sociales y Vivienda se ha elaborado un Protocolo de Actuación Municipal ante situaciones de riesgo para la salud pública (Síndrome de Diógenes) y otras situaciones de insalubridad en viviendas y locales."

Vista la aceptación de la Resolución, finalizamos las actuaciones de la queja.

1.2. Cultura y Deporte

1.2.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.2.2.5. Deporte

...

Debemos reseñar que el deporte tiene la condición de factor corrector de desequilibrios sociales; así el Preámbulo de la Ley 10/1990, de 15 de octubre, del Deporte, señala que «constituye como un elemento fundamental del sistema educativo y su práctica es importante en el mantenimiento de la salud y, por tanto, es un factor corrector de desequilibrios sociales que contribuye al desarrollo de la igualdad entre los ciudadanos, crea hábitos favorecedores de la inserción social y, asimismo, su práctica en equipo fomenta la solidaridad. Todo esto conforma el deporte como elemento determinante de la calidad de vida y la utilización activa y participativa del tiempo de ocio en la sociedad contemporánea».

Además, en Andalucía, la Ley 5/2016, de 19 de julio, del Deporte Andaluz, incide en dicho aspecto «postulando al deporte como un derecho de la ciudadanía, mediante el reconocimiento de la existencia



de la práctica deportiva en toda su magnitud, que incluye desde el deporte de competición al deporte de ocio», «teniendo la consideración de actividad de interés general que cumple funciones sociales, culturales, educativas, económicas y de salud», «inspirada en el principio de igualdad efectiva y en la plena integración de las personas con discapacidad, personas mayores y los grupos de atención especial ... reconociendo del derecho al deporte con carácter universal e imponiendo a todas las administraciones públicas el deber de garantizar el acceso de la ciudadanía a la practica del deporte en igualdad de condiciones y de oportunidades».

...

También abordamos de oficio, al hilo de los principios establecidos en la normativa deportiva antes aludida, un tema especialmente ligado a la salud y el deporte y a los principios de práctica segura de estas actividades. Ha sido con motivo de la actuación de oficio **queja 19/1993**, sobre implementación de sistemas de localización GPS de corredores en pruebas de largo recorrido.

Estas medidas pueden ayudar a responder con agilidad ante situaciones de emergencia que, en algún caso, han tenido desgraciados precedentes y que podrían evitarse con sistemas de rápida localización de cualquier corredor en apuros. La Secretaría General del Deporte respondió en un tono colaborador de aceptación y esperamos que en próximos ejercicios se concreten estas medidas que, creemos, avanzarán en definir las mejores condiciones de seguridad y garantía para los participantes en estas especialidades deportivas.

...

1.3. Dependencia y Servicios sociales

1.3.1. Introducción

...

En este Informe nos parece interesante manifestar nuestra confianza en la implantación de un engranaje organizativo que permita una **mejor conexión entre las necesidades sanitarias y sociales de la ciudadanía**, habida cuenta de que solo en un espacio común de esta índole podrá la Administración satisfacer adecuadamente las que plantean las personas mayores y dependientes, las personas con determinados problemas de salud mental o, entre otras, las que padecen enfermedades crónicas o pluripatológicas.

1.3.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.3.2.1. Dependencia

1.3.2.1.2. El programa individualizado de atención

...

Las personas con problemas de salud mental, patología dual, conductas auto y heterolesivas, y las dificultades que su encaje en algún recurso de la Administración, social o sanitaria suscita, continúa preocupando a esta Institución, ya que si bien, por fortuna, no es cuantioso el número de casos que se nos trasladan, sí son muy perentorias las necesidades que plantean.

En el subcapítulo dedicado a Salud y, más específicamente, en el apartado que aborda la Salud Mental, relatamos la situación que viven muchas familias, fundamentalmente personas mayores o incluso vecinos, sin habilidades, fuerzas ni capacidad para afrontar las difíciles situaciones que plantea la convivencia con determinadas personas que padecen un trastorno mental o una patología de esta índole agravada por adicciones, sobre todo cuando exteriorizan conductas de autolisis o heterolesivas.

La necesidad de un tratamiento de Salud Mental a la altura del padecimiento y la inconcreción del recurso adecuado cuando de personas que tienen reconocida la situación de dependencia se trata, lleva a las familias y a esta Institución, a recurrir alternativamente a la Administración Sanitaria y a la competente



en materia de Dependencia, sin saber a ciencia cierta si la solución vendrá dada de la posibilidad de un tratamiento más estrecho e intenso en el ámbito sanitario, si deberá buscarse en un recurso residencial idóneo del Sistema de la Dependencia, o cuál de ambas Administraciones asumirá la determinación de abrir una alternativa en beneficio de la persona afectada, de su familia y de la comunidad. La respuesta, en todo caso, debería ser conjunta y coordinada.

La situación de angustia que sufren las familias se refleja en quejas, como la queja 19/4738, en las que unos padres ponen sobre la mesa la falta de recursos adecuados, de acogida y de tratamiento, para atender a personas, como su hijo, que padece trastorno límite de la personalidad. En dicha queja se describe cómo el desamparo, la destrucción paulatina de la familia y la desesperanza es el día a día de la convivencia con esa enfermedad, tanto para el paciente como para todo su entorno.

Entre los asuntos que destacan por su peculiaridad, aludimos a la revisión del grado de dependencia solicitado para un hijo afectado por una adicción concreta, la ludopatía, además de su diagnóstico de trastorno mental (queja 19/4910).

En un plano positivo, merece destacar el asunto planteado en una queja en que se había denegado el traslado de centro residencial de una persona con psicodeficiencia y, finalmente, la Administración estimó la pretensión, revocando la resolución denegatoria ([queja 19/1670](#)).

Y por último, terminaremos con una veta de esperanza, aludiendo a la [queja 19/3307](#), iniciada de oficio a raíz de una denuncia, por presuntos malos tratos de un hijo con problemas de salud mental hacia su madre, gracias a la cual se consiguió que los servicios sociales visitaran la unidad familiar y que tanto la madre como el hijo, en tratamiento en salud mental, accedieran a un cambio de recurso de dependencia, de una unidad de estancia diurna a un centro residencial.

1.3.2.2. Personas con discapacidad

1.3.2.2.5. Este tema en otras materias

1.3.2.2.5.3. Servicios de interés general y consumo

...

Para concluir este apartado queremos dejar constancia de una situación que se nos ha planteado en diversas ocasiones y que presenta una difícil solución. Nos referimos al problema derivado de los **cortes de suministro** para aquellas personas que, por sus circunstancias personales, precisan disponer de acceso permanente al servicio eléctrico.

Tal es el caso, por ejemplo, de las personas enfermas que dependen de algún tipo de aparato eléctrico para su tratamiento, como pueden ser dispensadores de oxígeno, bombas de insulina, aparatos contra la apnea, etc. El corte de suministro, cuando es prolongado, puede suponer para estas personas un riesgo vital o, cuando menos, un deterioro importante en su salud.

Algo similar ocurre con las miles de personas que en Andalucía, sea por razones de edad o por enfermedad, disponen del servicio de teleasistencia para comunicar cualquier incidencia que requiera la ayuda o la intervención de los servicios especializados. El corte en el suministro puede privar a estas personas de un servicio que se ha demostrado en muchas ocasiones que salva vidas.

No es infrecuente recibir escritos de queja en los que se demanda que las empresas suministradoras garanticen la ininterrumpibilidad del servicio eléctrico reclamando que las empresas sufraguen el coste de aparatos (generadores, SAI, etc) que garanticen la continuidad del servicio en caso de corte y aduciendo para ello lo dispuesto en el art. 52.4 de la [Ley 24/2013](#), reguladora del sector eléctrico, que estipula la prohibición de la suspensión del suministro en caso de afectar a servicios esenciales (hospitales, colegios, etc) o a personas en situaciones personales de riesgo (enfermos ventilodependientes, personas con discapacidad o dependencia, familias con menores de 16 años).



La petición no puede ser asumida por cuanto confunde la suspensión voluntaria del suministro por parte de la empresa en supuestos determinados, como puede ser el impago de facturas, con la interrupción involuntaria del suministro por problemas técnicos, accidentes, por incidencias meteorológicas o cualquier circunstancia similar.

Las empresas no pueden suspender voluntariamente el suministro a servicios esenciales o a personas con circunstancias especiales, pero no están obligadas a garantizar la continuidad del servicio en caso de corte fortuito o no programado. Por tanto, no es viable jurídicamente exigir de las mismas que sufraguen la adquisición de aparatos o sistemas de alimentación ininterrumpida. Lo único que podría demandarse es algún tipo de preaviso a estas personas en caso de corte programado del servicio, para que tengan tiempo de adoptar las medidas de salvaguarda que estimen necesarias.

1.3.2.2.5.5. Medio ambiente

Unicamente destacamos en este apartado la queja 19/4931, en la que se planteaba la disconformidad de una persona con la ubicación decidida por el ayuntamiento para la colocación de varios contenedores de basura pegados a la fachada de su vivienda, sin tomar en consideración el hecho de que, tanto el reclamante como su mujer tenían discapacidades del 33% y del 65%, relacionadas con procesos oncológicos que precisaban de una especial asepsia en el entorno que era difícilmente compatible con la presencia de estos contenedores.

1.3.2.3. Servicios Sociales

1.3.2.3.4. Adicciones

Las competencias en materia de adicciones, en tránsito desde la Consejería competente en materia de Políticas Sociales a la Consejería de Salud y Familias, con escalones intermedios de indefinición, ha generado durante 2019 el escenario confuso de una "tierra de nadie", que alcanzó de lleno a algunas entidades que, hasta la fecha y por la vía de financiación de las subvenciones, previo convenio con cada Ayuntamiento, dispensaban el tratamiento y atendían las necesidades de las personas sometidas a deshabituación.

En este sentido, iniciamos la queja planteada por una entidad de Ronda (queja 19/5807), así como la sobrevenida en Baza (queja 19/7116), en las que las entidades interesadas demandan la regularización de su situación y afirmaban estar asumiendo y dispensando el servicio sin respaldo normativo y sin percibir financiación para su sostenimiento, sin que tampoco la Administración, autonómica o local, haya establecido alternativas o previsiones.

Si inicialmente se suscitó el problema de su pervivencia en el marco del traspaso de competencias y la instrumentalización de la misma; más tarde, una vez asumida la competencia por la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios, dentro de la Consejería de Salud y Familias y regularizada transitoriamente la situación de estas entidades, desde noviembre de 2019, a través de contratos menores de adjudicación del servicio, el problema devino en la justificación jurídica del prestado desde enero hasta noviembre de 2019, que permitiría reponer el coste a las entidades que lo habían dispensado.

Y ello por la objeción de algún Ayuntamiento de dar a la transferencia recibida de la Consejería de Salud, el destino finalista a favor de la entidad.

1.4. Educación

1.4.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite: Enseñanzas no universitarias

1.4.2.2. Escolarización del alumnado

...

Nos referimos, en primer lugar, a la **escolarización prioritaria de niños y niñas gravemente enfermos (queja 18/7446)**.



Dicho expediente de oficio se inició teniendo en cuenta los antecedentes de varios alumnos con problemas de salud extremadamente graves, a los que se les denegó el acceso a los centros docentes elegidos como prioritarios. Estas elecciones se habían efectuado por las familias por la cercanía del centro a los respectivos domicilios familiares y, en alguno de los casos, también por la cercanía de los colegios a los centros hospitalarios o de salud de referencia de cada uno de ellos.

En todos los casos expuestos, el motivo de la no admisión en los centros solicitados fue por inexistencia de vacantes o por no obtener el solicitante la puntuación necesaria.

Es cierto que la normativa de escolarización no prevé prioridad alguna en el acceso a los centros docentes por motivos de salud, ni en procedimiento ordinario, ni en el extraordinario. Pero precisamente por ello consideramos necesario que la Administración educativa contemplara una respuesta acorde con las excepcionales circunstancias que concurren en estos supuestos.

En nuestra consideración, la prioridad que a estos menores se les debería reconocer para acceder al colegio o instituto que se solicite (en procedimiento ordinario o en procedimiento extraordinario), tiene su fundamento no sólo en razones de humanidad, que ya considerábamos suficientes, sino porque es una obligación legal de los poderes públicos la de procurar a las personas menores que se encuentran en situación de desventaja, sean cuales sean los motivos de ésta (físicos, psicológicos, económicos, familiares, etc.), todos aquellos medios que le permitan la superación de aquellas circunstancias que han dificultado o dificultan su desarrollo personal y social pleno.

Por ello, esta Institución ha demandado una respuesta adecuada a las circunstancias específicas a los alumnos y alumnas que presentan este tipo de dificultades, lo que también haría necesario la adopción de medidas organizativas flexibles que permitieran una escolarización igualmente adecuada.

Como decimos, hemos de congratularnos de que la disposición adicional tercera del proyecto de Decreto, como en la disposición adicional primera de la Orden, respectivamente, se contempla la escolarización prioritaria del alumnado en supuestos excepcionales de enfermedad; incluso se establece la autorización de la ratio para los supuestos en que no existan plazas vacantes en el centros docentes solicitados por las familias.

...

1.4.2.4. Convivencia en los centros docentes

...

Analizamos con preocupación **la presencia en el fenómeno del acoso escolar de menores con trastornos de conductas**. Niños y niñas que, con probabilidad, no han sido debidamente diagnosticados ni tratados, a los que la principal medida que se les aplica es la correctiva. Son alumnos tachados de violentos sin que nadie parezca darse cuenta de que están mostrando los síntomas de una patología clínica no diagnosticada.

El Decreto 327/2010 y Decreto 328/2010, ambos de 13 de julio, por los que se aprueban, respectivamente, los reglamentos orgánicos de los institutos de educación secundaria y los de las escuelas infantiles de segundo grado, de los colegios de educación primaria, de los colegios de educación infantil y primaria, y de los centros públicos específicos de educación especial, establecen que las normas de convivencia habrán de tener un carácter educativo y recuperador.

“Igualdad de trato entre hombres y mujeres para el acceso al empleo público”

En todo caso, establecen ambos Decretos que las correcciones y las medidas disciplinarias a imponer deberán tener en cuenta, entre otras consideraciones, la proporcionalidad con la conducta, la edad del alumno o alumna, así como sus circunstancias personales, familiares o sociales, pudiéndose, a estos efectos, recabar los informes que se estimen necesarios sobre las aludidas circunstancias y recomendar la adopción de las medidas.



Hemos tenido la oportunidad de solicitar información a algunos centros docentes sobre si se han tomado en consideración las circunstancias descritas. La respuesta a esta pregunta ha sido afirmativa pero se ha puntualizado que, en ocasiones, también resulta educativo que en determinado momento al alumnado infractor se le imponga alguna medida disciplinaria para que adquiera conciencia de que su comportamiento deteriora la buena convivencia del grupo y que ha de respetar los derechos de sus iguales (queja 19/2617).

...

1.4.2.5. Servicios Educativos complementarios

Son frecuentes **las quejas sobre la escasa calidad de los menús servidos en determinados centros**. Esta ausencia no está referida a las materias primas o productos que se usan para la elaboración de los menús, sino que son consecuencia de lo que se denomina «línea fría».

Este sistema, utilizado por las empresas concesionarias del servicio, preelabora los alimentos en las cocinas centrales que son después guardados en barquetas y enfriados a menos de 4° C para calentarse de nuevo, a la llegada a los centros, a un máximo de 65° C.

Aunque este procedimiento de conservación no debe alterar la calidad de los productos, a veces ocurren ciertas eventualidades en la cadena de frío que resultan inapropiadas, de modo que los platos no llegan a las mesas en el estado que debieran.

Enlaza esta cuestión con un considerable aumento de padres y madres que reclaman comedores escolares gestionados por el propio centro, puesto que cada vez son más conscientes de la importancia de una buena alimentación para la salud y el correcto desarrollo personal y educativo de los escolares a través de recursos más próximos.

Damos la bienvenida, pues, a la iniciativa de la Consejería de Educación y Deporte de modificar los pliegos de contratación del servicio de comedor escolar para introducir nuevos requisitos con el objeto de conseguir una mayor calidad en los menús, evitando en la medida de lo posible estas líneas frías, y facilitando para ello la participación de pequeñas empresas que utilicen productos locales y cocinas situadas más cerca de centros escolares.

...

1.4.2.6. Equidad en la educación

...

Un elevado número del alumnado escolarizado en los centros específicos de educación especial suele padecer **graves patologías que hacen necesaria la presencia en estos recursos educativos de personal sanitario**. Se trata éste de un asunto ampliamente tratado en el informe que esta Institución, en su condición de Defensor del Menor de Andalucía, elaboró sobre los **centros específicos de educación especial**.

Durante 2019 hemos tenido ocasión de incidir de nuevo en este aspecto tras la investigación de oficio iniciada cuando conocimos el fallecimiento de un menor en un centro específico de la provincia de Cádiz. El fatal desenlace se produjo tras sufrir un alumno de 14 años una crisis de convulsiones en las instalaciones del propio centro docente, a pesar de que el profesorado ejecutó técnicas de reanimación hasta la llegada del equipo médico. El AMPA llevaba más de cinco años reclamando la presencia de personal sanitario que atendiera las graves patologías y enfermedades que padecen algunos alumnos y alumnas que acuden a este colegio.

Hemos sido informados de que, conocedores de la conveniencia de contar con este tipo de personal, por las afecciones que padecen muchos de los alumnos de estos centros, la Delegación Territorial de Educación está manteniendo contactos con la Delegación Territorial de Salud para conseguir atención puntual de enfermeros o enfermeras en algunos centros concretos como es el caso del centro donde se produjo el fallecimiento.



Por otro lado, hasta no hace mucho tiempo, la atención educativa que recibían los niños con enfermedades muy graves venía siendo prestada en los centros hospitalarios, ya que aquellos pasaban ingresados gran parte de su existencia o, en el mejor de los casos, se proporcionaba atención educativa domiciliaria en los periodos de tiempo en los que el niño o niña no se encontraba hospitalizado.

Por fortuna, los avances médicos y tecnológicos están permitiendo que estos alumnos puedan, con muchas dificultades y superando grandes retos, acudir a los centros educativos. El problema es que los colegios e institutos no disponen de recursos necesarios para su debida atención asistencial. Tampoco están presentes estos profesionales en los servicios complementarios de comedor o transporte escolar.

Citemos un ejemplo. Se lamentaba una familia de la ausencia de cualificación profesional necesaria de la persona contratada por la Administración educativa para realizar la labor de acompañamiento durante el trayecto escolar en ambulancia que diariamente debe realizar su hija, dadas sus graves patologías.

Desde luego los padres no demandaban nada graciable sino el reconocimiento de un derecho. En efecto, el Real Decreto 443/2001 de 27 de abril, sobre condiciones de seguridad en el transporte escolar y de menores dispone que siempre que se transporte alumnos de centros de educación especial se deberá contar con acompañante con la calificación laboral necesaria para la adecuada atención a este alumnado de necesidades educativas especiales. También el Decreto 287/2009, de 30 de junio, por el que se regula el servicio de transporte escolar en los centros docentes establece que cuando se transporte alumnado de centros específicos de educación especial, la función de acompañante será realizada por un monitor o monitora de educación especial con destino en el centro, si lo hubiere. En caso contrario la persona acompañante deberá contar con la cualificación laboral necesaria para la adecuada atención a este alumnado.

Tras nuestra intervención el asunto se resolvió satisfactoriamente con la contratación por parte de la entidad adjudicataria del servicio de acompañantes de transporte escolar de una persona con la capacitación exigida para la atención a la alumna ([queja 18/6852](#)).

...

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

1.4.3.2. Oferta adaptada a las personas celíacas en los comedores universitarios

El Defensor del Pueblo Andaluz inició de oficio la [queja 19/2251](#) cuando, con ocasión de la tramitación de la [queja 17/3599](#), pudimos conocer la problemática a la que se enfrentan las personas con celiaquía que estudiaban en la Universidad de Granada, que no disponían, en aquellos momentos, de una oferta específica para personas con intolerancia al gluten en los comedores universitarios. Los menús que se ofrecían sólo informaban de los alérgenos presentes en el mismo, pero no ofrecían alternativas que atendiesen las necesidades específicas de las personas que padecen esta enfermedad.

Tras la intervención de esta institución el problema quedó solventado al implantar la Universidad de Granada una oferta de menú para personas celíacas en uno de sus comedores.

Posteriormente se recibió un nuevo escrito que dio lugar a la [queja 19/1412](#) planteando idéntica problemática respecto de la Universidad de Málaga y pidiendo la intervención de esta Institución para dar solución al mismo en relación con dicha Universidad y con las restantes universidades andaluzas que pudieran presentar idéntica carencia en su oferta de servicios.

Considerando que la cuestión planteada afectaba a los derechos e intereses de un colectivo social relevante, como son las personas con celiaquía, se consideró oportuna la apertura de una queja de oficio, al amparo de lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley 9/1983, del Defensor del Pueblo Andaluz, con objeto de investigar cuál es la situación en las distintas universidades andaluzas en relación a esta cuestión y proponer, en su caso, la adopción de medidas que permitieran dar una respuesta adecuada a las necesidades de las personas afectadas por celiaquía.



A tal fin nos dirigimos al resto de universidades públicas andaluzas solicitando que nos informaran si en los comedores se incluía una oferta específica para las personas con celiaquía y, en caso de no ser así, que se nos indicara si estaba previsto adoptar algún tipo de medida al respecto.

Tras analizar las respuestas que nos han hecho llegar las distintas Universidades hemos podido comprobar, con satisfacción, que el problema se encuentra ya solucionado o está en vías de solución.

Así, son varias las Universidades que cuentan ya con ofertas específicas en, al menos, alguno de sus comedores para atender las necesidades de las personas con celiaquía, estando prevista su extensión al resto de comedores universitarios, mediante la inclusión de dicha exigencia en los pliegos de prescripciones técnicas de los contratos de concesión de los servicios de cafetería y restauración.

En algunas Universidades, como la Universidad de Córdoba, la existencia de ofertas alimentarias específicas no sólo beneficiaba a las personas con intolerancia al gluten sino también a otros colectivos. En efecto, los Pliegos de Prescripciones Técnicas aprobados obligan a que en las ofertas figuren "menús de dietas especiales" que reúnan las siguientes características: "Cubrir las necesidades especiales de los usuarios con dietas adaptadas a patologías o a requerimientos de tipo filosófico o religioso. Entre ellos se deben ofrecer menús adaptados a personas que padezcan intolerancia al gluten, a la lactosa y alergia a algún alimento; además, para personas de religión musulmana, ovo-lacto-vegetarianos y veganos".

Estos menús especiales pueden estar incluidos obligatoriamente en la oferta diaria de los servicios de restauración o estar sujetos a demanda previa de la persona interesada, cuya antelación varía según las Universidades consultadas, aunque normalmente han de solicitarse con una antelación mínima de 24 horas, para lo que suelen existir herramientas informáticas.

Entendemos que con las medidas adoptadas la atención a las personas con intolerancias alimentarias en los comedores universitarios quedará garantizada en un breve plazo de tiempo. Si acaso, quedaría pendiente la inclusión de este tipo de ofertas en las máquinas de expendedoras instaladas en los recintos universitarios.

1.5. Empleo Público, Trabajo y Seguridad Social

1.5.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.5.2.3. El principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en el ámbito del acceso al empleo público y el desarrollo de las condiciones de trabajo

1.5.2.3.1. Discriminación por no contabilización de los periodos de baja maternal/paternal como servicios prestados a los efectos de procesos de movilidad interna en el SAS

La **queja 18/1505**, en la que la interesada denuncia una posible vulneración de sus derechos ante la **no contabilización de los periodos de baja maternal como servicios prestados a los efectos de procesos de movilidad interna**, aunque sí sean reconocidos para la contratación en la Bolsa Única del SAS y Ofertas Públicas de Empleo.

En el informe que nos dirige la Administración sanitaria se remite a la normativa de aplicación reguladora de estos procesos, la Resolución de la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, de 22 de septiembre de 2017, modificada parcialmente por Resolución de dicha Dirección General de 30 de octubre de 2018, que considera la situación de maternidad como una situación especial a efectos de su cómputo como experiencia profesional en el proceso de selección de personal estatutario temporal, no considerándose como tal sin embargo, en dicha normativa ni en las bases reguladoras de los procesos de movilidad interna convocados en este ámbito, en los procesos de movilidad funcional.

Tras la exposición pormenorizada de la regulación legal y doctrina jurisprudencial sobre igualdad por razón de sexo al caso planteado en la presente queja, concluimos que la negativa a reconocer a la interesada el



derecho a que le sea computado como servicio efectivo los periodos de baja por maternidad en los procesos de movilidad interna, pudiera afectar a su derecho a no ser perjudicada ni discriminada por encontrarse en dicha situación.

Dicho proceder, consideramos que podría contravenir lo preceptuado en las normas y doctrina jurisprudencial referidas y, más concretamente, lo dispuesto en los artículos 3 y 8 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, de Igualdad efectiva entre Mujeres y Hombres, que establecen que el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres supone la ausencia de toda discriminación directa o indirecta por razón de sexo y, especialmente, las derivadas de la maternidad, especificándose que todo trato desfavorable a las mujeres relacionado con el embarazo y la maternidad constituye discriminación directa por razón de sexo.

Somos conscientes, como aduce la Administración sanitaria en su informe, de que no existe una regulación concreta de la situación planteada que posibilite el cómputo de la experiencia profesional en los procesos de movilidad funcional en estos casos, pero ello no puede obstar a que se haga efectivo este derecho, como reclama la interesada, en la resolución de los mismos. Y ello, porque el marco legal y jurisprudencial obliga a aplicar el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en el desarrollo de las condiciones de trabajo en el ámbito del empleo público, y sin que circunstancias, como la de la maternidad, puedan convertirse en ningún caso en un obstáculo o desventaja en el desarrollo de las funciones públicas, contraviniendo con ello el principio de igualdad efectiva de hombres y mujeres que consagra el art 14 CE y garantiza la Ley Orgánica 3/2007 y el EAA.

Esta situación de perjuicio o trato peyorativo en que podría encontrarse la interesada en esta situación derivaría de su condición de mujer, debiéndose en exclusiva al hecho de su maternidad, situación en la que sólo es posible que se encuentre una persona si es mujer, por lo que dicha circunstancia sería en última instancia la determinante de la discriminación que se produciría al no reconocérsele la "plenitud de derechos" durante esta situación que, en su condición de empleada pública, se le garantiza en el art. 49.c) del EBEP al establecer que "*el tiempo transcurrido durante el disfrute de estos permisos se computará como de servicio efectivo a todos los efectos*".

Ante la evidente restricción que, en nuestra opinión, se produce en los derechos que corresponden a la empleada pública promotora de esta queja a causa de su maternidad, al denegársele el cómputo como servicio efectivo de los periodos de baja por maternidad en los procesos de movilidad interna, formulamos Resolución al SAS recomendándole que se promuevan las acciones oportunas que procedan para garantizar al personal estatutario temporal el cómputo como servicio efectivo los periodos de baja por maternidad en dichos procesos en el ámbito sanitario.

La contestación a la Resolución, según nos comunica la Administración sanitaria, está pendiente del informe jurídico que ha solicitado al respecto.

1.5.2.4. En relación con el acceso al empleo público

1.5.2.4.2. Utilización de procedimientos electrónicos en los procesos selectivos de acceso al empleo público

...

Otras actuaciones a destacar en esta apartado son: la actuación de oficio **queja 19/2833**, iniciada como consecuencia de las numerosas quejas que se han seguido recibiendo en esta Institución por parte de profesionales sanitarios denunciando los fallos que se han vuelto a producir en relación con el sistema de **presentación de méritos a través de la Ventanilla Electrónica de Profesionales** (VEC), a la que se accede a través de la página web del Servicio Andaluz de Salud, y que ya había sido tratado con motivo de la tramitación de la queja de oficio 17/3654. Esta situación ha dado lugar a que se inicie esa nueva actuación de oficio para continuar la investigación sobre estos hechos y realizar un seguimiento de la sugerencia que se había formulado a la Administración sanitaria que había sido aceptada por la misma. Tras la remisión de un pormenorizado informe por parte de la Dirección General de Personal del SAS se está ultimando su valoración antes de proceder a adoptar la decisión oportuna.



...

1.5.2.4.4. Acceso al empleo público con carácter temporal

De las quejas recibidas durante el año 2019 en relación con el acceso al empleo temporal cabe destacar la actuación de oficio **queja 18/5175**, por la baremación del apartado Otros Méritos en la Bolsa de Empleo Temporal del SAS.

Durante el año 2018 se presentaron en esta Institución numerosas quejas formuladas, en su gran mayoría, por Personal de Enfermería del SAS, así como también por algunos Facultativos Especialistas de Farmacia Hospitalaria, en las que manifestaban su malestar y el que se había generado entre un numeroso grupo de estos profesionales sanitarios, por el trato desigual que se estaba dando en la **valoración del apartado Otros Méritos para el acceso a la Bolsa de Empleo Temporal** de dicha Agencia, al considerar que otros compañeros con apenas actividad científica aparecen en la citada Bolsa con una puntuación muy elevada en dicho apartado, con lo que, en palabras de los afectados, *"se está jugando con el empleo de las personas"*.

Dicha queja, igualmente, ha sido presentada en esta Defensoría por un considerable número de estos profesionales durante el año 2019, lo que motivó la apertura de la citada queja de oficio. Dada la complejidad del asunto objeto de la queja y las dificultades que plantea este tipo de valoraciones, ante el escueto informe remitido en primera instancia por el SAS se solicitó una ampliación del mismo a la Dirección General de Personal del SAS, recordándole que la valoración de estos méritos viene siendo una cuestión controvertida desde hace tiempo y que ya motivó el inicio de otra queja de oficio por parte de esta Institución en el año 2013, la queja 13/342.

En dicha queja se nos remitió por parte de la Dirección general de Profesionales del SAS un muy pormenorizado informe sobre este asunto en el que ya se reconocían los riesgos que puede reportar para la obligada observancia de los principios constitucionales de acceso al empleo público una valoración falta de rigor de estos méritos.

En la actualidad, por las quejas recibidas en esta Institución, constatamos igualmente los evidentes riesgos que siguen existiendo de trato desigual a las personas participantes en estos procesos selectivos por la posible valoración irregular de algunos de estos méritos, especialmente de los relacionados con las ponencias y comunicaciones a congresos. Del análisis de las quejas que cada año recibimos por este motivo, comprobamos que periódicamente llegan numerosas denuncias, algunas generales a todos los ámbitos profesionales -como es el caso de la valoración de determinadas comunicaciones y ponencias a congresos- y otras específicas en un determinado sector profesional -como las muy pormenorizadas incluidas en la solicitud de ampliación de informe al SAS que nos habían denunciado los especialistas de Farmacia Hospitalaria en su queja- que coinciden en plantear aspectos novedosos respecto a la aportación de méritos que deberían ser analizados para asegurar la correcta apreciación de los mismos y que requeriría, en nuestra opinión, algún tipo de actuación aclaratoria por parte del órgano o unidad competente en el ámbito de esa Administración sanitaria a fin de asegurar la imprescindible objetividad e igualdad en la valoración de los mismos.

Sin embargo, en los informes que nos ha remitido la Dirección General de Personal del SAS más allá de remitirse al régimen jurídico por el que se regulan estos procesos y a trasladarnos diversas consideraciones generales sobre los mismos y al buen hacer de las Comisiones de Valoración, no encontramos respuestas precisas sobre las cuestiones concretas que planteábamos y las comprobaciones realizadas ante las denuncias recibidas por este motivo.

Ello no implica, en ningún caso, menoscabar la discrecionalidad técnica que ostentan las Comisiones de Valoración para el desarrollo de sus funciones de evaluación de aspectos especializados que deben ser valorados, con rigor y objetividad, por especialistas en la materia a fin de asegurar la mayor equidad posible en su apreciación a todas las personas participantes en estos procesos. Sin perjuicio de ello, este principio de discrecionalidad técnica es conveniente que quede sujeto a elementos reglados establecidos con carácter



previo que permitan controlar la objetividad de la actuación del tribunal valorador y su adecuación a los principios legales a observar en su funcionamiento.

Es por ello que compartimos con el SAS las medidas que nos trasladaba para asegurar el mayor rigor y objetividad en la baremación de méritos para el acceso a la Bolsa Única de Empleo del Servicio Andaluz de Salud, a través de los informes que la Dirección General competente remite a las Comisiones de Valoración respecto a los procedimientos de actuación y los criterios que han de aplicar en la valoración de dichos méritos, así como del análisis y negociación del modelo de baremación de méritos que se está produciendo en la Mesa Sectorial.

En consecuencia, recomendamos a la Dirección General de Personal del SAS (**queja 18/5175**) para que, en los ámbitos que proceda, y tras la correspondiente indagación de las incidencias denunciadas en la valoración del apartado de "Otros Méritos" que se establece en la Resolución de 22 de septiembre de 2017 de la Dirección General de Profesionales, correspondiente al periodo de valoración de méritos de 31 de octubre de 2018, se adopten las medidas oportunas y proceda, en su caso, a la oportuna modificación parcial de dicha Resolución, a fin de que las Comisiones de Valoración del proceso de ordenación de la Bolsa de Empleo Temporal del SAS puedan disponer de pautas y criterios precisos para baremar con el mayor rigor y objetividad posible los méritos aportados por las personas candidatas en dicho proceso. Está pendiente de respuesta por parte de dicho Centro Directivo.

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

1.5.3.1. Quejas de oficio

- **Queja 19/3716**, dirigida a la Dirección General de Recursos Humanos y Función Pública, de la Consejería de Presidencia, Administración Pública e Interior, relativa a demoras en las reubicaciones por motivos de salud del personal laboral de la Administración de la Junta de Andalucía.
- **Queja 19/3719**, dirigida a la Dirección General de Personal del Servicio Andaluz de Salud, relativa a adaptaciones de tiempo y medios a discapacidad inferior al 33% en pruebas de acceso al empleo público del personal estatutario.

1.6. Igualdad de Género

1.6.1. Introducción

...

Por otra parte, las cuestiones **de género también están presentes en lo que atañe a la salud de las personas**, así en relación directa con la prestación de la atención sanitaria, la vinculación entre salud e igualdad de género nos suele llevar a centrarnos en los procesos que son típicamente femeninos o que están vinculados a la sexualidad orgánica, que precisamente por ello se dispensan en el nivel de la atención especializada.

La reproducción humana asistida y las técnicas que comporta han suscitado alguna comparecencia en 2019, que de algún modo reproducen las problemáticas analizadas en Informes precedentes. Por otra parte, persisten demandas alusivas a las intervenciones de reconstrucción mamaria, largamente analizadas en años sucesivos, así como las relativas a las operaciones para reducción de mamas, que no gozan de plazo de garantía, a diferencia de las de reconstrucción mamaria postmastectomía, y que acumulan demoras muy importantes.

...



1.6.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.6.2.2. Empleo público, trabajo y seguridad social

...

La **queja 18/1505**, en la que la interesada denuncia una posible vulneración de sus derechos ante la **no contabilización de los periodos de baja maternal como servicios prestados a los efectos de procesos de movilidad interna**, aunque sí sean reconocidos para la contratación en la Bolsa Única del SAS y Ofertas Públicas de Empleo.

En el informe que nos dirige la Administración sanitaria se remite a la normativa de aplicación reguladora de estos procesos, que considera la situación de maternidad como una situación especial a efectos de su cómputo como experiencia profesional en el proceso de selección de personal estatutario temporal, no considerándose como tal, sin embargo, en dicha normativa ni en las bases reguladoras de los procesos de movilidad interna convocados en este ámbito, los procesos de movilidad funcional.

Tras la exposición pormenorizada de la regulación legal y doctrina jurisprudencial sobre igualdad por razón de sexo al caso planteado en la presente queja, concluimos que la negativa a reconocer a la interesada el derecho a que le sea computado como servicio efectivo los periodos de baja por maternidad en los procesos de movilidad interna, pudiera afectar a su derecho a no ser perjudicada ni discriminada por encontrarse en dicha situación.

Dicho proceder, consideramos que podría contravenir lo preceptuado en las normas y doctrina jurisprudencial referidas y, más concretamente, lo dispuesto en los artículos 3 y 8 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, de Igualdad efectiva entre Mujeres y Hombres, que establecen que el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres supone la ausencia de toda discriminación directa o indirecta por razón de sexo y, especialmente, las derivadas de la maternidad, especificándose que todo trato desfavorable a las mujeres relacionado con el embarazo y la maternidad constituye discriminación directa por razón de sexo.

Somos conscientes, como aduce la Administración sanitaria en su informe, de que no existe una regulación concreta de la situación planteada que posibilite el cómputo de la experiencia profesional en los procesos de movilidad funcional en estos casos, pero ello no puede obstar a que se haga efectivo este derecho, como reclama la interesada, en la resolución de los mismos. Y ello, porque el marco legal y jurisprudencial obliga a aplicar el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en el desarrollo de las condiciones de trabajo en el ámbito del empleo público, y sin que circunstancias, como la de la maternidad, puedan convertirse en ningún caso en un obstáculo o desventaja en el desarrollo de las funciones públicas, contraviendo con ello el principio de igualdad efectiva de hombres y mujeres que consagra el artículo 14 CE y garantiza la Ley Orgánica 3/2007 y el EAA.

Esta situación de perjuicio o trato peyorativo en que podría encontrarse la interesada en esta situación derivaría de su condición de mujer, debiéndose en exclusiva al hecho de su maternidad, situación en la que sólo es posible que se encuentre una persona si es mujer, por lo que dicha circunstancia sería en última instancia la determinante de la discriminación que se produciría al no reconocérsele la "plenitud de derechos" durante esta situación que, en su condición de empleada pública, se le garantiza en el artículo 49.c) del EBEP al establecer que «el tiempo transcurrido durante el disfrute de estos permisos se computará como de servicio efectivo a todos los efectos».

Este razonamiento, se contempla en las consideraciones de la reciente Sentencia del Tribunal Constitucional 2/2017, de 16 de enero, que ampara a una mujer que no pudo optar a mejorar sus condiciones laborales al encontrarse de baja al estar embarazada. De un modo más concreto, al relacionar la situación de embarazo y su incidencia en las condiciones de trabajo de la mujer, se remite a la Sentencia de dicho Tribunal de 4 de julio de 2005, al afirmar que «la protección de la condición biológica y de la salud de la mujer trabajadora ha de ser compatible con la conservación de sus derechos profesionales, de suerte que la minusvaloración o el perjuicio causado por el embarazo o la sucesiva maternidad constituyen un supuesto de discriminación directa por razón de sexo».



Ante la evidente restricción que, en nuestra opinión, se produce en los derechos que corresponden a la empleada pública promotora de esta queja a causa de su maternidad, al denegársele el cómputo como servicio efectivo de los periodos de baja por maternidad en los procesos de movilidad interna, formulamos Resolución al SAS recomendándole que se promuevan las acciones oportunas que procedan para garantizar al personal estatutario temporal el cómputo como servicio efectivo los periodos de baja por maternidad en dichos procesos en el ámbito sanitario.

La contestación a la Resolución está pendiente del informe jurídico solicitado por la Administración sanitaria al respecto.

...

1.6.2.3. Salud

Un asunto peculiar relacionado con la gestión de personas usuarias en la Administración sanitaria recibido en 2019, terminó con la estimación de la pretensión del solicitante y, por su singularidad, lo referimos a continuación.

La persona que promovió la queja, nos trasladaba su consideración de que el SAS había incumplido su obligación de resolver una **solicitud** que le había dirigido con la finalidad de que modificasen su género en la base de datos de usuarios (BDU), **haciendo constar en la casilla correspondiente su verdadera identidad, la de género indeterminado** (queja 19/4955).

Quien así demandaba nuestra intervención, ya había contactado con esta Institución años antes sosteniendo su derecho a no ser incardinado en uno de los géneros binarios tradicionales, dado que no se identificaba con ninguno, permitiéndonos con ello acceder a una realidad de la que poco conocíamos en aquel momento.

Por eso, su comparecencia en la queja que analizamos ya no nos cogió en la ignorancia. Decía la parte interesada que había solicitado a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, en dos ocasiones, la modificación de sus datos en la base de datos de usuarios, sin haber obtenido respuesta. Por lo que frente al silencio había interpuesto recurso de alzada.

Fundaba su petición en la Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía, que además del derecho de toda persona al reconocimiento de su identidad de género, libremente determinada, garantiza el derecho a ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad en el ámbito de la Administración de la Junta de Andalucía.

De donde concluye que cualquier persona acreditada debidamente tiene derecho a que en la Base de Datos de Usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BDU) quede reflejada su identidad de género y su nombre, aunque estos no estén recogidos en su DNI, así como que se emita una tarjeta sanitaria con el nombre deseado.

La respuesta de la Administración sanitaria aclaró que en aplicación de la Ley 2/2014, de 8 de julio, la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS, estableció un procedimiento de cambio de nombre de personas transexuales en la BDU de Andalucía y de emisión de documento de acreditación, que dentro del limitado ámbito de competencias del SAS, tiene como objetivo adecuar el nombre en la tarjeta sanitaria, por lo que un cambio en el sexo registrado pero no en el nombre, que no conlleva ningún reflejo en la tarjeta, quedaba fuera de dicho procedimiento.

Sin embargo, respecto a la petición de la persona interesada, añadió *"podría entenderse que está apoyada en la Ley 2/2014, de 8 de julio"*, por lo que concluyó estimando la pretensión y anunció la intención de modificar el procedimiento actual para incluir este tipo de solicitudes, aunque no tengan reflejo en ningún documento acreditativo, *"valorando que cabe esperar que este tipo de solicitudes van a ser probablemente más frecuentes en el futuro"*.



En relación directa con la prestación de la atención sanitaria, la vinculación entre salud e igualdad de género nos suele llevar a centrarnos en los procesos que son típicamente femeninos o que están vinculados a la sexualidad orgánica, que precisamente por ello se dispensan en el nivel de la atención especializada.

La reproducción humana asistida y las técnicas que comporta han suscitado alguna comparecencia en 2019, que de algún modo reproducen las problemáticas analizadas en Informes precedentes (defectos de información en el acceso a las técnicas, criterios de priorización y de exclusión, y demoras en el acceso).

Respecto de los posibles criterios de priorización en el acceso a la fecundación in vitro (FIV), nos planteó esta posibilidad una interesada, fundándola en los niveles de reserva ovárica (queja 19/1509). Decía que es dilatada la lista de espera que rige para el acceso a un tratamiento de reproducción asistida, ya que le indicaron que normalmente serían casi dos años de espera y puesto que le habían detectado niveles bajos de la hormona Antimulleriana, temía que el descenso de la misma con la edad le impidiera llegar a ser madre.

Sin embargo, efectivamente, ni los parámetros de la hormona ni ningún otro constituyen criterios de prioridad, que no existen, puesto que el único criterio válido es el orden de antigüedad de la demanda, como confirmó la respuesta de la Administración, añadiendo que solo algunas situaciones muy específicas pueden suponer prioridad sobre el orden de inclusión en la lista, como una enfermedad crónica materna que requiera la realización del tratamiento en un momento de remisión de la enfermedad u obligue al cese del tratamiento de la enfermedad por no ser compatible con el embarazo; o situaciones que puedan comprometer la fertilidad de la mujer en un breve período de tiempo, como la endometriosis operada y recidivada que precise nueva intervención quirúrgica.

La demora, por su parte, la cifró en 18 meses, lo que situaba a la interesada en el umbral de obtener satisfacción.

Los retrasos, precisamente, fueron objetados por la interesada que nos explicaba los items de su itinerario asistencial, desde que fuera derivada a consulta de ginecología en 2018, hacía ya 7 meses (queja 19/0137).

Explicamos a aquélla que únicamente el primer paso del proceso de derivación, que es la remisión a ginecología desde atención primaria, tiene fijado un plazo máximo (60 días), mientras que los demás no gozan de este beneficio. Además de darle cuenta de las actuaciones y pronunciamientos de esta Defensoría para contribuir a la consecución de unos tiempos razonables, que se garantice un tiempo de respuesta asistencial y que se establezca un proceso unificado.

En segunda instancia persisten demandas alusivas a las intervenciones de reconstrucción mamaria, largamente analizadas en años sucesivos y sobre las que, por ello, no estimamos pertinente redundar innecesariamente.

“Las operaciones para reducción de mamas, que no gozan de plazo de garantía”

Baste apuntar que algunas de las pretensiones han sido satisfechas, a pesar de las perspectivas que teníamos (queja 18/5396, queja 18/0263), en otras la superación de garantía de plazo nos ha obligado a emitir Recomendación (**queja 18/7413**) y otras, por su parte, persisten en trámite (queja 18/5487, queja 18/7153).

Las operaciones para reducción de mamas, que no gozan de plazo de garantía, a diferencia de las de reconstrucción mamaria

postmastectomía, acumulan **demoras tan importantes** como la de diez años que nos trasladaba una ciudadana y que, en consecuencia, hizo que dirigiéramos al centro sanitario Recomendación en la que mostramos nuestro posicionamiento en torno a la demora de las operaciones que no tienen garantía de plazo, respetando que puedan llevarse a cabo en un tiempo superior a las otras, pero discrepando en cuanto a que la diferencia de tiempo sea tan elevada. Asimismo, realizamos Recordatorio de Deberes Legales en relación con los preceptos que consideramos incumplidos y recomendamos que se adopten medidas para que en estos casos se respete el derecho a la protección de la salud, y se disminuya la espera de las operaciones de las pacientes afectadas de hipertrofia mamaria (**queja 19/1080**).

Ejemplos adicionales de demora en la reducción mamaria los tenemos en otras quejas aún no resueltas (queja 19/6210, queja 19/2507, queja 19/2188).



En lo tocante a **posible mala praxis en procesos oncológicos**, el error de diagnóstico en el programa de detección precoz del cáncer de mama en que la interesada estaba incluida por razón de edad desde el año 2012, fue la causa que demoró un año el **diagnóstico efectivo** de aquel (**queja 18/4954**).

Para terminar, mencionaremos la denuncia de lista de espera extensa para la genitoplastia feminizante (**queja 19/5842**).

1.6.2.7. Educación, personas menores y cultura

...

Destacamos, de otra parte, las actuaciones realizadas ante **campañas publicitarias cuyo contenido podría atentar contra la dignidad de la mujer**. Se trataba de una campaña de publicidad de una clínica de estética que publicitaba cirugía de aumento de pecho. En esta campaña colaboraba un centro deportivo mediante la colocación de carteles anunciadores en las taquillas de los vestuarios, a los cuales acceden niñas y adolescentes, muy vulnerables ante esa publicidad que cosifica el cuerpo e imagen de la mujer, tratándolo como un mero objeto de consumo.

Sobre este asunto se ha de tener en cuenta lo establecido en el artículo 2, de la Ley 34/1988, de 11 de noviembre de 1988, General de Publicidad, que dispone que a efectos de dicha ley se entenderá por publicidad toda forma de comunicación realizada por una persona física o jurídica, pública o privada, en el ejercicio de una actividad comercial, industrial, artesanal o profesional, con el fin de promover de forma directa o indirecta la contratación de bienes muebles o inmuebles, servicios, derechos y obligaciones.

Por tanto, la publicidad de la clínica privada de cirugía estética que se viene realizando en las instalaciones del **centro deportivo** al que nos venimos refiriendo se habría de entender incluida en el ámbito de aplicación de la ley.

Adentrándonos ya en el contenido de la Ley General de Publicidad, hemos de referirnos al tenor de artículo 3, que considera ilícita la publicidad que atente contra la dignidad de la persona o vulnere los valores y derechos reconocidos en la Constitución, especialmente a los que se refieren sus artículos 18 y 20, apartado 4. Conforme a las modificaciones introducidas en la Ley General de Publicidad por la Disposición Adicional 6.1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, se habrán de entender incluidas en la previsión anterior los anuncios que presenten a las mujeres de forma vejatoria, bien utilizando particular y directamente su cuerpo o partes del mismo como mero objeto desvinculado del producto que se pretende promocionar, bien su imagen asociada a comportamientos estereotipados que vulnere los fundamentos de nuestro ordenamiento coadyuvando a generar la violencia a que se refiere la Ley Orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género.

Por otra parte, el artículo 25, de la Ley General de Publicidad, establece que cuando una publicidad sea considerada ilícita por afectar a la utilización vejatoria o discriminatoria de la imagen de la mujer, podrán solicitar del anunciante su cese y rectificación, entre otros organismos públicos, instituciones o asociaciones legitimadas, el Instituto de la Mujer o su equivalente en el ámbito autonómico.

Para apostillar la necesidad de actuación en esta cuestión también se ha de traer a colación las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (incluyendo las modificaciones introducidas por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia), cuyo artículo 11 apartado 1, impele a las Administraciones Públicas a tener en cuenta las necesidades de los menores al ejercer sus competencias, especialmente en materia de control sobre productos alimenticios, consumo, vivienda, educación, sanidad, servicios sociales, cultura, deporte, espectáculos, medios de comunicación, transportes, tiempo libre, juego, espacios libres y nuevas tecnologías (TICs).

“Actuaciones realizadas ante campañas publicitarias cuyo contenido podría atentar contra la dignidad de la mujer”



Dispone también el artículo 11.2.d) de la Ley de Protección Jurídica del Menor que habrá de ser un principio rector de la actuación de los poderes públicos en relación con los menores la prevención y la detección precoz de todas aquellas situaciones que puedan perjudicar su desarrollo personal.

Con estos fundamentos, trasladamos los antecedentes del caso al Instituto Andaluz de la Mujer, el cual, en cumplimiento de las funciones legalmente encomendadas, envió a la empresa publicitaria un requerimiento para que procediese a la retirada de la citada publicidad y el compromiso de no reiteración (queja 19/2196).

1.7. Infancia, Adolescencia y Juventud

1.7.6. Responsabilidad penal de menores

...

i) CIMI San Francisco de Asís/ La Biznaga, de Málaga. Sobre este CIMI debemos resaltar la intervención que realizamos para corroborar las medidas adoptadas tras detectarse un foco de tuberculosis.

A este respecto la Dirección General de Justicia Juvenil nos informa que el Centro de Prevención de Riesgos Laborales (CPRL) realiza, con periodicidad anual y de forma voluntaria, un reconocimiento médico a todas las personas trabajadores del CIMI, que en 2018 fue realizado entre los meses de enero y abril. Para el año 2019 el CPRL amplió la serología de la analítica de la plantilla del CIMI (Tuberculosis (TB), VIH, Hepatitis...)

Personal de reciente incorporación a la plantilla tuvo un resultado positivo en la prueba de detección de la tuberculosis (QuantiFERON), durante el reconocimiento médico realizado en los inicios de su relación contractual con el citado CIMI. Estos trabajadores del CIMI han podido tener contacto con el bacilo en cualquier momento de su vida sin haber tenido conocimiento de ello.

A raíz de esta situación, el CIMI, el Distrito Sanitario y el CPRL han mantenido diversos contactos para determinar la forma de proceder. La responsable de epidemiología del Distrito Sanitario Costa del Sol informó a la dirección del CIMI que para que fuese considerada enfermedad laboral, se tenía que demostrar que el bacilo se había contraído durante el periodo de tiempo contratado y no previamente, aspecto que es difícil de acreditar sin analíticas previas.

No obstante, en octubre de 2019, las personas trabajadoras que dieron positivo en la analítica tuvieron una entrevista de seguimiento con el médico estipulado del CPRL.

Por último, en relación con los menores del CIMI, no se detectó ningún caso de menor con tuberculosis activa, por lo que no podía considerarse que hubiera existido "un foco de enfermedad contagiosa". No obstante, se acordó incluir en la analítica que se realiza a los menores una serología completa (hepatitis, VIH y T.B.) protocolarizada con los centros de salud a los que se encuentran adscritos (Torremolinos y Alhaurín de la Torre) (queja 18/3101).

...

1.8. Justicia, Prisiones y Política Interior

1.8.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.8.2.2. Prisiones

...

Dentro de las cuestiones trasladadas, la **sanidad penitenciaria** ocupa una prelación sobradamente acreditada por su importancia, lo que ha motivado una actividad preeminente de esta Institución del Defensor del Pueblo Andaluz para garantizar el derecho a la protección de la salud de los pacientes internos en prisión, en condiciones de igualdad y equidad.



Partimos de la premisa de que estos pacientes por el hecho de encontrarse privados de libertad no deben tener un menoscabo en su derecho a procurar un buen estado de salud y a recibir la asistencia sanitaria que precisen.

Nuestra experiencia, si embargo, nos hace pensar que a pesar de los esfuerzos y avances producidos en estos años, **se continúa apreciando una evidente desigualdad en los derechos sanitarios de la población reclusa**, bien sea por la aún pendiente integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud, bien por otros problemas que se pueden seguir manteniendo en el tiempo, como los ocasionados por los retrasos en los desplazamientos de especialistas del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) a los propios centros penitenciarios o las pérdidas de las citas programadas, como consecuencia de las conducciones de los internos, traslados a otros centros penitenciarios, etcétera.

Así, por nuestra experiencia en la tramitación de expedientes de queja, hemos tenido conocimiento de los diferentes problemas que se generan en la población reclusa respecto a las **disfunciones que se producen por falta de coordinación entre los centros penitenciarios y los centros hospitalarios de referencia**, en cuanto a la gestión de las citas médicas y la posterior comunicación de su resultado. Entendemos que pueden ser debidas a la falta de un protocolo o modelo de actuación entre ambas administraciones, tal y como se desprende de la **queja de oficio 19/1465**.

El principal origen de estas deficiencias es el modelo organizativo que persiste en una **dualidad de atención sanitaria** concebida en dos escenarios dependientes de administraciones diferentes, que requieren mecanismos de coordinación que se han mostrado insuficientes.

En cada caso, y con la mejor voluntad, se realiza de forma diferente, ya sea a la hora de gestionar las citas, ya sea a posteriori, en la forma de hacer llegar la información de lo acontecido (resultado de las pruebas, diagnóstico, tratamiento, nueva cita ...) a los Servicios Médicos del centro penitenciario.

Precisamente, una reivindicación de esta Defensoría es la relacionada con el acceso desde los servicios médicos de la prisión a la historia clínica digital del Servicio Andaluz de Salud (cuestión que trataremos más adelante de forma más explícita), ya que su disponibilidad permitiría a los facultativos disponer de los antecedentes y datos relevantes de los internos. Aquí vuelve a producirse la desigualdad aludida entre pacientes, provocada por la expuesta dualidad de administraciones que intervienen, ya que el sistema penitenciario prevé la creación de una historia clínica propia por cada persona interna que le acompaña junto a su expediente penitenciario, mientras que la situación del paciente en el SSPA sí cuenta con un soporte informático de gestión -DIRAYA- en el que se integra toda su información, sin que se permita el acceso de una a otra.

El expediente de **queja 19/1465**, se encuentra en fase de estudio y elaboración de Resolución, ya que si bien, por parte de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias se nos informa que *"cada centro penitenciario se relaciona de forma autónoma con su hospital de referencia, por lo que no existen pautas generales. Así mismo, los sistemas de registro son igualmente propios de cada establecimiento"*, desde la Dirección Gerencia del SAS se indica que *"el procedimiento lo marca el propio Convenio y lo que sí se han establecido son medidas de coordinación entre los centros y las prisiones ... las gestión de las citas se realiza a través de las Unidades de Atención al Usuario del centro sanitario ... facilitando que la consulta se resuelva en lo que se denomina "Acto-Único". Toda la información se comunica directamente al centro penitenciario ... la transmisión de esta información se realiza siguiendo los protocolos internos del centro penitenciario. Cuando se trata de revisiones, estas citas se remiten a la dirección que consta en la Base de Usuarios de Andalucía, por lo que es necesario que se informe al centro sanitario de referencia sobre los cambios de ubicación de estos pacientes"*.

Por otro lado, también nos comunica la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) que las provincias de Huelva, Jaén y Málaga han implantado un circuito de gestión de citas a través de Salud Responde, que ejerce de interlocutor entre la prisión y el centro sanitario. De la misma forma, si el interno no acude a una cita el SAS no realiza un seguimiento, por lo que deberán ser los centros penitenciarios quienes deben comunicar tal extremo.



Entendemos que la causa principal de estas deficiencias es el propio modelo organizativo, ya que esta dualidad de dos Administraciones diferentes -la penitenciaria y la sanitaria- ha mostrado el agotamiento de su modelo. Y, en la misma línea, creemos que es el momento de decisiones que implican al conjunto del sistema sanitario público que debe asumir la integralidad y universalidad que lo caracteriza.

Sin embargo, la mejora en la coordinación de ambas administraciones dependerá en buena medida de la renovación de los convenios entre el Servicio Andaluz de Salud y el Ministerio del Interior a través de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, que decayeron en 2013. Desde la Administración Autonómica se nos ha trasladado, que ya han comenzado los contactos entre la Consejería de Salud y el Ministerio del Interior, con el fin de promover un posible acuerdo para el restablecimiento de las relaciones entre ambas Administraciones.

Relacionado también con la asistencia sanitaria, tras tener conocimiento de la aprobación por el Consejo de Ministros de 18 de enero de 2019 de un Plan de Infraestructuras Penitenciarias 2019-2025 en el que se se aludía a la **creación de una nueva Unidad de Custodia Hospitalaria (UCH)** para internos en prisión en la provincia de Sevilla, y con objeto de tomar conocimiento de las actuaciones de la Consejería de Salud y Familia al respecto, iniciamos de oficio la **queja 19/1648**.

El proyecto acometido desde Instituciones Penitenciarias consiste, inicialmente, en agrupar en el "Hospital Virgen del Rocío" una unidad con diez camas y disponer la distribución de consultas y servicios de especialidades, según la ordenación que se proponga por el grupo de trabajo que, a esa fecha se debía constituir entre la SGIP y la Consejería competente en la materia, lo que propició que una vez informados, se archivara el expediente, sin perjuicio de un posterior seguimiento acerca de la implantación de la citada Unidad de Custodia Hospitalaria.

En todo caso, debemos insistir en la necesidad de garantizar la eficaz prestación del derecho a la protección de la salud y el acceso equitativo a los servicios sanitarios de la población reclusa, tanto a los prestados por la administración penitenciaria como a los especializados del sistema público de salud de la Junta de Andalucía. Del mismo modo resulta esencial establecer, mediante la colaboración de todas las administraciones afectadas, las mejores condiciones de organización del servicio de conducciones y custodias, para garantiza el derecho a la salud para el colectivo de personas internas en prisión, que redundo directamente en la calidad de la prestación sanitaria.

En el seno de la tramitación del expediente de queja 19/3909, donde el interno nos trasladaba estar a la espera de una intervención quirúrgica de rodilla, fuimos informados por la Dirección Gerencia del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar, entre otras cuestiones, del cierre de la Unidad de Custodia por obras de mantenimiento que eran ya inaplazables.

Para poder garantizar la asistencia sanitaria de la población reclusa, mientras la UCH se encuentra cerrada, se bloquearon dos habitaciones en otra unidad del hospital, a los efectos de facilitar la custodia de los reclusos ingresados de forma segura, mientras el paciente recibe la prestación sanitaria en el hospital, una solución fruto de las reuniones entre las administraciones implicadas.

"La creación de una nueva Unidad de Custodia Hospitalaria"

...

En cuanto a las **visitas** que desde esta Institución se realizan **a los centros penitenciarios**, se concertó una a Sevilla II, a fin de mantener una reunión con el interesado en la **queja 17/3360**, a tenor de las especiales circunstancias que concurrían en el mismo. Se mantuvieron distintas reuniones con el equipo directivo del centro a fin de abordar diversas cuestiones relacionadas a las quejas presentadas ante la Institución por internos del centro, lo que nos permitió realizar una labor de seguimiento sobre las mismas. Fruto de las entrevistas, fueron incoadas varias actuaciones de oficio.

Una de las cuestiones planteadas por los servicios de sanidad penitenciaria de esta prisión, fue la extraordinaria funcionalidad y aprovechamiento de la instalación del sistema DIRAYA para la gestión de los datos sanitarios e historias clínicas en el centro penitenciario de Córdoba (**queja 18/1557**), ya que la



medida implica un ejercicio de coordinación y servicio que resultan extraordinariamente útiles para facilitar el acceso de estos pacientes al conjunto de prestaciones y servicios del SSPA. Y ciertamente, a la vista de los resultados obtenidos, la puesta en servicio de este recurso de gestión informática implica un avance muy destacable en la disposición coordinada de la asistencia sanitaria penitenciaria.

Es oportuno reseñar el severo condicionante de este Centro, ubicado a una hora de recorrido hasta los centros hospitalarios de referencia en la ciudad de Sevilla, y con importantes esfuerzos en los costes y servicios de traslado y conducciones que podrían ser mayoritariamente evitados con la instalación de semejante dispositivo. Por ello, entendimos que lo procedente era conocer con mayor detalle y extensión la posibilidad de **poner a disposición el sistema DIRAYA para el centro penitenciario** de Sevilla II en Morón de la Frontera, **queja 19/4401**.

De la misma forma, nos fue trasladado por el Equipo Directivo del centro penitenciario Sevilla II la **carencia de facultativos**, lo que originó la **queja 19/4403**, ya que en dicho fecha existían cinco bajas que no habían sido cubiertas, por lo que se debían de priorizar las urgencias y guardias, afectando a las consultas y visitas de rutina en los diferentes módulos.

En cuanto a los profesionales que atienden al programa Programa de Atención Integral de Enfermos Mentales (PAIEM) en este centro penitenciario, nos trasladan que no tenían ningún psiquiatra en plantilla, habiendo sido contratado uno externo durante un tiempo determinado, lo que ocasionaba que no se pudiera continuar la atención a los internos.

Estas carencias, referidas a la asistencia sanitaria que debe prestarse a los internos redundan, tanto en el empeoramiento de la salud, como en las disfunciones en las actividades ordinarias del centro, ya que derivan cargas de trabajo a los centros hospitalarios de referencia, que probablemente, podrían ser mejor abordadas de contar con la dotación sanitaria prevista.

El informe recibido desde la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias manifiesta estar asegurado el desempeño del servicio público con la actual dotación de personal (un Subdirector Médico, cinco facultativos de las ocho plazas disponibles y ocho enfermeros de las once plazas disponibles). Respecto a las plazas disponibles, consideran que las de enfermería serán cubiertas en breve, no ocurriendo lo mismo con las de facultativos médicos, al quedarse desiertas las diferentes ofertas de los procesos selectivos.

No obstante, debemos destacar que el referido informe de noviembre pasado indica que *«desde esta Administración se están redoblando los esfuerzos para conseguir mayores dotaciones de médicos además de propiciar encuentros y negociaciones tendentes a hacer efectivas las transferencias de la sanidad penitenciaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía»*.

Como última cuestión destacada de la visita, la Subdirección Médica nos dio traslado de la situación en la que se encontraba el **recluso de 92 años de edad**, que presentaba un cuadro pluripatológico que tan solo le permitía hacer lo que se denomina **“vida-cama-sillón”** (aunque últimamente no desea que lo levanten), necesitando del apoyo de otro interno para su aseo. Dicho recluso tenía solicitado la aplicación del artículo 104.4 del Reglamento Penitenciario *«Los penados enfermos muy graves con padecimientos incurables, según informe médico, con independencia de las variables intervinientes en el proceso de clasificación, podrán ser clasificados en tercer grado por razones humanitarias y de dignidad personal, atendiendo a la dificultad para delinquir y a su escasa peligrosidad»*, encontrándose el expediente pendiente de aprobación por parte del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, **queja 19/4404**.

Evacuado el informe que fue interesado al Ministerio Fiscal, se nos comunicó lo siguiente:

“... penado de edad avanzada -92 años- que actualmente se encuentra cumpliendo condena por un delito de asesinato consumado y otro en tentativa. así como por un delito de quebrantamiento de condena, con una suma aritmética de 22 años y 6 meses -22.6.0- de prisión.

Atendida su avanzada edad y las patología que presentaba, el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria 11 de Andalucía, con sede en Sevilla, en expediente 1012/16 aprobó su libertad condicional estableciéndose como domicilio de acogida la residencia Vitalia en Écija. El 17 de mayo de 2017 dicho Juzgado revocó la



libertad condicional tras constatarse su comportamiento disruptivo y obsesivo con trabajadores sociales de la Residencia.

Con posterioridad se han instado por el centro penitenciario nuevas propuestas de libertad condicional (Expedientes 565/19, 1381/19 y 2738/19), todas ellas informadas desfavorablemente por la Fiscalía a la luz de conclusiones médico forenses, acordando el Juzgado denegar dichas propuestas, al valorar la gravedad de los delitos por los que cumple condena, cometidos con edad avanzada (86 años), lo cual se une a los incidentes que dieron lugar a la revocación del beneficio en su día otorgado y a las conclusiones médico forenses que advierte de altas probabilidades de que puedan reproducirse situaciones en las que en contexto de un bajo umbral de resistencia a la frustración se exacerbe su impulsividad, concurriendo además pensamientos de contenido patológico que podrían condicionar actos peligrosos para sí y para terceras personas. En definitiva, capacidad criminal alta, baja adaptabilidad social, deficiente por no decir nulo control sociofamiliar, con pronóstico de reincidencia alto y significativo. Esta peligrosidad criminal es lo que la juez de vigilancia ha valorado para denegar la propuesta.

Actualmente se tramita nueva propuesta de libertad condicional respecto a dicho penado en expediente 3.733/19, encontrándose pendiente de práctica de diligencias, estando interesada nueva evaluación médico forense y traslado a las víctimas para alegaciones -conforme artículo 13 de la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. A su vista el Fiscal dictaminará lo procedente, y por el Juez de Vigilancia se resolverá conforme a derecho, pudiendo recurrir el penado si la resolución la reputara contraria a su derecho".

“Un traslado a otro centro penitenciario puede afectar a la percepción de la PNC”

...

Por último, debemos incluir las actuaciones iniciadas tras los **fallecimientos de internos** en distintos centros penitenciarios de la provincia de Sevilla, quejas 19/0390 y **19/6296**, en principio con indicios de que se hayan producido por sobredosis.

Consagrado como un derecho fundamental, las penas privativas de libertad deberán estar orientadas a la reeducación y reinserción de los internos (art. 25,2 CE) ejercitándose la actividad penitenciaria respetando la personalidad de los internos y los derechos e intereses legítimos de los mismos no afectados por la condena, teniendo derecho a que la Administración penitenciaria vele por sus vidas, integridad y salud (art. 3,4 de la Ley 1/1979, de 26 de septiembre, Ley Orgánica General Penitenciaria y art. 4,2.a) del Reglamento Penitenciario), y por tanto a adoptar medidas para impedir que estas muertes se produzcan.

En el ámbito penitenciario concurren acciones y políticas en las que interviene la gestión de la Administración General del Estado, a través de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) y la propia Junta de Andalucía, responsable del ejercicio de competencias tan sensibles a la actividad diaria de la vida en las cárceles y de sus internos como son la sanidad, asistencia social, la educación, etc

Un porcentaje elevado de los internos en los centros penitenciarios son drogodependientes y en muchos casos, cumplen condenas por delito relacionados con este motivo, por lo que el hecho de que tengan acceso a dichas sustancias es una cuestión grave que dificulta, cuanto no, imposibilita su reinserción.

“Actuaciones iniciadas tras los fallecimientos de internos en distintos centros penitenciarios”

Es por esto que las medidas preventivas que han de ser tomadas dentro de los centros por la administración penitenciaria, deben de tener su respaldo también en aquellas otras medidas alternativas que, en el ámbito competencial de la Comunidad Autónoma Andaluza, tiene atribuida la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Resulta evidente que el ejercicio de estas políticas destinadas a la prevención, tratamiento y superación de las drogodependencias



exigen la coordinación en esta materia entre los distintos estamentos implicados, priorizando programas de prevención, desarrollando estrategias de intervención y agilizando el acceso a los recursos establecidos.

En este sentido y ante la preocupación de esta Defensoría por que se potencien los instrumentos oportunos que faciliten una adecuada reinserción social, se están analizando los recursos de la comunidad autónoma que puedan complementar las medidas que, son competencia de la administración estatal y que está investigando el Defensor del Pueblo de ámbito nacional.

1.8.3. Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas

1.8.3.1. Actuaciones de Oficio

- **Queja 19/1465**, dirigida a la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias y Servicio Andaluz de Salud relativa a la coordinación y traslado de información entre los centros penitenciarios y hospitalarios.
- **Queja 19/1648**, dirigida a la Consejería de Salud y Familia relativa a las medidas previstas para la creación de una Unidad de Custodia Hospitalaria en Sevilla.
- **Queja 19/3926**, dirigida al Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar relativa al cierre temporal por obras de mantenimiento de la Unidad de Custodia Hospitalaria AGS Campo Gibraltar.
- **Queja 19/4401**, dirigida a la Consejería de Salud y Familia relativa a la instalación de sistema DIRAYA en el CP Sevilla II en Morón de la Frontera.
- **Queja 19/4403**, dirigida a la Secretaria General de Instituciones Penitenciaria relativa a la carencia de facultativos en el centro penitencio de Sevilla II, en Morón de la Frontera.
- **Queja 19/4404**, dirigida a la Fiscalía Provincial de Sevilla relativa a la aplicación art. 104.4 a interno CP Sevilla II de 92 años.
- **Queja 19/6296**, dirigida a la Secretaria General de Instituciones Penitenciaria, Consejería de Salud y Familia y Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación relativa al fallecimiento de 10 internos entre enero y octubre de 2019 en los distintos centros penitenciarios de Sevilla.

1.10. Personas migrantes

1.10.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.10.2.4. Protección del derecho a la salud de las personas migrantes

Referido a la vulneración del derecho a la salud de las persona migrantes, merece la pena destacar la queja 19/5189 interpuesta por una Plataforma Ciudadana y una entidad de Sevilla, sobre la efectividad de la asistencia sanitaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en adelante SSPA, a personas extranjeras en situación administrativa no regular.

En esta queja se nos traslada la vulneración de derechos de las personas extranjeras en situación no regular, ya que han detectado graves irregularidades, relacionadas con la extralimitación de las recomendaciones contempladas en la Resolución de 20 de junio de 2019 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, por cuanto en las mismas se recogen supuestos que no pueden ser incluidos en los formularios, al no estar contemplado en dicha Resolución.

Relacionado con el tema que nos ocupa, en el informe anual de 2018, ya nos hacíamos eco de la trascendente reforma normativa operada por el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el **acceso universal al Sistema Nacional de Salud**.

Apuntábamos entonces que el citado Real Decreto, proclama su vocación de "garantizar la universalidad de la asistencia", o lo que es lo mismo de "garantizar el derecho a la protección de la salud y a la



atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español”.

Igualmente decíamos, que la norma realiza un reconocimiento general del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todas las personas con nacionalidad española y de las personas extranjeras, que tengan establecida su residencia en el territorio español, con una distinción: por un lado, los comunitarios están vinculados al derecho y contenido de los reglamentos comunitarios de coordinación de los sistemas de Seguridad Social, y por otro, los extranjeros que no tienen residencia legal en España, les ampara el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en el territorio español, en las mismas condiciones que las nacionales, aunque con la exigencia del cumplimiento de una serie de requisitos.

Estos requisitos, se consensuaron en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), que para articular este derecho dictó la Resolución de 20 de junio de 2019 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, por la que se hacen públicas las “Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español, para recibir asistencia sanitaria”. Recomendaciones dirigidas a garantizar la homogeneidad en todo el territorio nacional, así como su desarrollo por las CCAA.

Es precisamente el procedimiento de solicitud y expedición del documento que acredite a este colectivo para recibir la asistencia sanitaria en el Servicio Andaluz de Salud el que ha suscitado la discrepancia de las entidades promotoras en este expediente de queja al considerar que el modelo de solicitud de alta o renovación de datos, supone una extralimitación respecto de las recomendaciones arriba mencionadas, incluyendo supuestos que no vienen contemplados en aquéllas y que, por tanto, no pueden recogerse en el formulario.

En cualquier caso, puesto que es incipiente el inicio de la pertinente investigación, estimamos más oportuno limitarnos en este momento a dar cuenta, de las sensibilidades manifestadas al respecto por la Plataforma y Entidad referidas, reservando el análisis completo para el ejercicio venidero, cuando ya contemos con conclusiones y certezas.

1.12. Servicios de Interés General y Consumo

1.12.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.12.2.1. Servicios de interés general

1.12.2.1.1. Energía

1.12.2.1.1.2. Los cortes de luz relacionados con el fraude en el suministro para actividades delictivas

...

Dada la persistencia en el tiempo del problema y la creciente indignación que manifiestan las personas que, pese a tener contrato y cumplir fielmente con sus obligaciones de pago, deben soportar a diario las incomodidades y problemas derivados de los cortes de luz, esta Institución consideró que era necesario comprobar sobre el terreno la realidad del problema.

A tal fin, en noviembre el Defensor del Pueblo Andaluz realizó una **visita personal a la zona norte de Granada** en la que pudo comprobar la grave situación que viven a diario muchas personas que residen en estos barrios y conocer, a través de los testimonios de los profesionales de la educación y la sanidad que prestan servicios en la zona, las graves consecuencias que los cortes de luz suponen para toda la ciudadanía y, de modo especial, para los colectivos más vulnerables, como pueden ser los menores, las personas mayores o los enfermos crónicos.



En las visitas realizadas a algunos domicilios y en los encuentros mantenidos con profesionales y con las asociaciones y colectivos vecinales una cuestión reiterada y recalçada por todos nuestros interlocutores ha sido la convicción acerca de la responsabilidad que recaería sobre la empresa distribuidora por las deficiencias que consideran que presentan las instalaciones y equipamientos eléctricos de la zona, especialmente en aquellos barrios de construcción mas antigua.

En relación con esta cuestión tuvimos conocimiento de que la Delegación del Gobierno de la Junta de Andalucía, en el seno de la Mesa Técnica creada para afrontar los problemas de la Zona Norte, habría exigido una auditoría externa a Endesa con el fin de comprobar la calidad de las instalaciones y acreditar técnicamente el origen del problema. Asimismo, por noticias de prensa pudimos conocer que la distribuidora instalaría cuatro transformadores nuevos en la Zona Norte para reforzar sus instalaciones.

En este sentido, trasladamos a la Delegación del Gobierno de la Junta de Andalucía en Granada -organismo al que se adscribe el Servicio de Industria, Energía y Minas la petición vecinal para que se garantizara la fiabilidad e imparcialidad de la auditoría de instalaciones ordenada a Endesa. Asimismo hemos solicitado su valoración sobre las actuaciones desarrolladas en el seno de la Mesa Técnica para los cortes de luz en Zona Norte.

Por otro lado solicitamos la colaboración de Endesa a fin de conocer las motivaciones de la decisión de instalar transformadores nuevos y si consideran que con las nuevas actuaciones se pondrá solución definitiva a los cortes de luz en Zona Norte.

Igualmente nos dirigimos a la Subdelegación del Gobierno en Granada para conocer con detalle las actuaciones desarrolladas en el seno de la "Mesa Técnica para los cortes de luz en la Zona Norte".

Al cierre de la redacción de este Informe, ya en enero de 2020, el Defensor del Pueblo andaluz, ha participado en una nueva **reunión en Granada de la Mesa Técnica** para luchar contra los cortes de luz en la Zona Norte donde hemos podido conocer el compromiso asumido por Endesa de aumentar la potencia instalada en la zona antes de fin del mes de marzo y mejorar las instalaciones eléctricas antes de fin del año 2020.

Estas medidas deberían servir para poner fin, de una vez por todas, a los continuos cortes de luz que sufre esta zona de Granada desde hace mas de 5 años. En este sentido, el Defensor se ha comprometido a **hacer un seguimiento de las medidas anunciadas** a fin de verificar su cumplimiento y confirmar la solución del problema. Asimismo, asume el compromiso de seguir insistiendo ante las Administraciones competentes en la necesidad de adoptar medidas, cada una en el ámbito de sus competencias, para regularizar el suministro eléctrico en la Zona y solucionar los problemas que comportan un grave riesgo para la seguridad de todas las personas.

1.12.2.2. Otras cuestiones relacionadas con Consumo

...

En cuanto a la atención a las personas afectadas por el **cierre de las clínicas iDental**, desde la perspectiva de su adecuada protección como consumidores, el año pasado ya pusimos de manifiesto que tramitaríamos aquellas quejas que, a título individual, requerían que la administración de consumo adoptase las medidas oportunas para **paralizar el cobro de préstamos en casos de tratamientos no efectuados** y obtener la devolución de las cantidades cobradas cuando dichos tratamientos no se realizaron en su totalidad o se efectuaron de forma defectuosa.

Así ha ocurrido en las quejas 18/7203, 18/7217 y 18/7325. En estos casos hemos instado al Servicio de Consumo de Sevilla que diese respuesta a la reclamación formulada por las personas afectadas a quienes la financiera les seguía reclamando el pago del tratamiento no realizado.

Asimismo hemos solicitado información relativa a las actuaciones que estuviese desarrollando con las financieras implicadas, y en particular con la financiera Evo, que nos constaba que estaba poniendo mas trabas e impedimentos para aceptar la suspensión de los préstamos y mas aún la devolución de éstos en lo que respecta a aquella parte del tratamiento no dispensado.



El Servicio de Consumo nos ha indicado que celebró reuniones informativas con las personas afectadas y envió de correos masivos, facilitando modelos de reclamación y ofreciendo pautas de actuación ante las financieras para que cumpliesen los requisitos del artículo 29 de la Ley 16/2011, de 24 de junio, de contratos de crédito al consumo.

Asimismo, a quienes contaban con contrato de financiación, se les requirió presupuesto de los trabajos previstos e informe de un dentista colegiado que reflejara los trabajos presupuestados, los que no se habían realizado y los necesarios para restaurar la salud bucodental. Con estos documentos se procedió a requerir a la financiera para que procediera a la devolución de los importes de servicios que no hubieran sido prestados por la clínica.

La respuesta de las financieras habría sido diversa, siendo cuestiones formales las que habrían obstaculizado la solución de algunos asuntos como la falta de presupuesto con referencia al presupuesto de iDental. Tampoco se ha podido encontrar solución cuando la persona que contrató el crédito es distinta de aquella a la que se presta el servicio y no hay manera de establecer conexión entre el préstamo y el presupuesto. En otras ocasiones la financiera ha considerado que el servicio ha sido prestado en su totalidad o en parte y se debe pagar por el mismo, en cuyo caso se ha estimado oportuno derivar a decisión judicial.

En cuanto a las quejas por la exigencia de pago por parte de empresas de recobro o por las propias financieras, el Servicio de Consumo habría comunicado a las financieras que no podían exigir el pago de estos contratos de financiación, tal como fue confirmado por la medida provisional acordada por el Juzgado de Instrucción nº 5 de la Audiencia Nacional. En todo caso considera que podría calificarse como un defectuoso tratamiento de datos, por el que podría acudir a la Agencia Española de Protección de Datos.

...

1.13. Sostenibilidad, Medioambiente y Obras Públicas

1.13.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.13.2.1. Sostenibilidad y Medioambiente

1.13.2.1.1. Limpieza viaria, residuos y vertederos

...

Finalmente, por la singularidad de los residuos, podemos también citar la queja 19/5455, con la que se nos alertaba de los riesgos que podían estar corriendo las personas que residían en el entorno y alrededores de una determinada calle en Vera (Almería), con motivo de la demolición de una vivienda antigua sita en dicha calle, que podría haberse llevado a cabo sin control pese a contener, presuntamente, **materiales nocivos y peligrosos** como el amianto, en torno a 100 metros cuadrados de chapas de uralita, varios bidones y tuberías del mismo material.

Al parecer, según se nos decía, algunas personas se habían quejado al responsable de la demolición y también en el Ayuntamiento de Vera, sin que llegara a hacerse nada. Incluso se había llamado a la Policía Local y al SEPRONA de la Guardia Civil que, cuando se personaron, ya había finalizado la demolición. Sin embargo, se denunciaba que los residuos referidos se encontraban en el solar resultante tras la demolición, a la intemperie y sin ninguna medida de aislamiento, con lo cual podía ocurrir que con el viento se levantasen partículas que pasasen al ambiente que, a su vez, podía ser respirado por las personas de la zona, alguna de las cuales -siempre según lo que nos trasladaban- mostraban su temor por la conocida implicación cancerígena que tiene este tipo de materiales. Llegaba hasta el punto de que algunos de los vecinos más cercanos habrían decidido no abrir las ventanas ante el miedo a respirar estas partículas.



Por ello, nos dirigimos en petición de informe al citado ayuntamiento, sin que a fecha de cierre de este Informe Anual hayamos recibido contestación, por lo que seguimos haciendo gestiones.

1.13.2.1.3. Contaminación atmosférica, calidad ambiental, sanidad y salubridad

Durante el año 2019 hemos prestado especial atención al **derecho a un medio ambiente adecuado desde la perspectiva de la contaminación urbana** en las ciudades de Andalucía, siguiendo la línea iniciada a finales del año 2018 cuando abrimos de oficio la **queja 18/7355** por los elevados índices de contaminación atmosférica en la ciudad de Granada, que a la fecha de cierre de este Informe Anual seguimos tramitando.

De acuerdo con ello, para este ejercicio 2019 hemos tenido presente que la **Ley 8/2018**, de 8 de octubre, de **medidas frente al cambio climático y para la transición hacia un nuevo modelo energético en Andalucía**, lleva prácticamente un año en vigor, y que regula en su artículo 15 los denominados Planes municipales contra el cambio climático. Y, en este sentido, hemos querido centrarnos en la **contaminación atmosférica en nuestras ciudades**, especialmente las de mayor población y/o actividad, provocada fundamentalmente por el tráfico rodado de vehículos y por la industria, pues no podemos olvidar que este tipo de contaminación incide directa o indirectamente en el derecho a la protección de la salud citado en los artículos. 43.1 de la Constitución y 22 del Estatuto de Autonomía de Andalucía, y en el derecho a un medio ambiente adecuado del art. 45.1 de la Constitución y del art. 28.1 del Estatuto, en el que también se hace mención concreta al derecho a vivir en un medio ambiente equilibrado, sostenible y saludable.

Y es que la atmósfera, como recuerda en su preámbulo la **Ley 34/2007**, de 15 de noviembre, de calidad del aire y protección de la atmósfera, «es un bien común indispensable para la vida respecto del cual todas las personas tienen el derecho de su uso y disfrute y la obligación de su conservación».

En este contexto, nos hemos dirigido de oficio a todos los municipios de más de cien mil habitantes de Andalucía, a excepción de la ciudad de Granada que ya es objeto del referido expediente de oficio -queja 18/7355- para conocer, entre otros extremos, si disponen de Plan Municipal contra el cambio climático, o al menos si lo tienen en elaboración; si disponen de datos actualizados y permanentes sobre los niveles de calidad del aire y de contaminación; si disponen de Plan municipal de protección, cumplimiento de objetivos o mejora de la calidad del aire, o, al menos, de un Plan municipal de regulación/control del tráfico rodado de vehículos en el que se prevean medidas para reducir la contaminación generada por éstos o si se han adoptado medidas de restricción total o parcial del tráfico, incluyendo restricciones a los vehículos más contaminantes, a ciertas matrículas, a ciertas horas o a ciertas zonas, entre otras medidas.

A tal efecto hemos incoado de oficio las **quejas 19/6998, 19/6999, 19/7000, 19/7001, 19/7002, 19/7003, 19/7004, 19/7005, 19/7006, 19/7007, 19/7008**, en las que aún no hemos recibido respuesta de los ayuntamientos a los que nos hemos dirigido (Algeciras, Almería, Cádiz, Córdoba, Dos Hermanas, Huelva, Jaén, Jerez de la Frontera, Málaga, Marbella y Sevilla).

Por otra parte, la contaminación atmosférica, nos ha llevado también durante 2019 a interesarnos en la problemática suscitada en parte de la marisma sevillana del Bajo Guadalquivir, como consecuencia de la **quema de rastrojos procedentes del cultivo de arroz**, que recurrentemente aparece en medios de comunicación en los meses de septiembre a noviembre y que afecta a varias poblaciones en donde este cultivo juega un importante papel en las economías locales.

En este contexto, y tras seguir recibiendo puntualmente quejas de ciudadanos por este problema, hemos intervenido de oficio (**queja 19/6044**) ante la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible, y ante los Ayuntamientos de los municipios más afectados, todos ellos de la provincia de Sevilla y de la zona del Bajo Guadalquivir (Coria del Río, Los Palacios y Villafranca, La Puebla del Río, Gelves e Isla Mayor) con objeto de conocer qué medidas se van a tomar para conciliar los derechos de la ciudadanía y los intereses de los agricultores. A fecha de cierre de este Informe Anual no hemos recibido la respuesta de todos los organismos a los que nos hemos dirigido, por lo que seguimos haciendo gestiones para ello.

Precisamente con el Ayuntamiento de La Puebla del Río, y por este mismo asunto pero con anterioridad a la queja de oficio, veníamos tramitando la **queja 17/5906**, a instancia de parte, en la que hemos formulado Resolución ya en la anualidad 2019. En esta queja del 2017 nos exponía el afectado el grave perjuicio



que sufría en su salud y en su vida diaria por la **contaminación atmosférica provocada por las quemadas de pastos del arroz** en ese término municipal, que a su juicio eran incontroladas. Al parecer, un concejal del ayuntamiento le había comentado que se iba a hacer un estudio, pero hasta el momento en que presentó su queja en esta Institución se seguían sucediendo estos episodios de humos que especialmente afectan a asmáticos y personas vulnerables. Y consideraba que la mayoría de los agricultores, en esa época del año de quemadas, lo que hacían era quemar los rastrojos en lugar de "fanguearlos", técnica tradicional que no genera molestias, por lo que pedía que se investigaran estos hechos.

Admitida a trámite la queja, pedimos al Ayuntamiento de La Puebla del Río que nos informara si habían investigado estas quemadas de rastrojos del arroz para comprobar que estaban autorizadas o se llevaban a cabo conforme a las exigencias normativas. En respuesta recibimos únicamente una copia de los artículos 75 a 83 de la Ordenanza de convivencia y protección de espacios públicos de ese municipio, información con la que, no obstante, no se daba respuesta a la pregunta concreta que habíamos formulado. Por ello, pedimos de nuevo el informe en esos términos, sin que llegáramos a recibir respuesta, lo que motivó que decidiéramos formular Resolución recomendando que *"si aún no se hubiera procedido a ejercitar las competencias municipales referidas sobre la vigilancia del cumplimiento de las normas sobre quema de rastrojos, se proceda a reforzar la vigilancia de la policía local, en coordinación con la Guardia Civil y la Guardería Forestal, especialmente en la época del año en que suelen acontecer tales quemadas"*.

No obstante esta Resolución, como quiera que el asunto de fondo queda subsumido en la queja de oficio abierta, hemos integrado ambos expedientes para su resolución unitaria.

Por otra parte, en relación con la **calidad ambiental** que la ciudadanía propugna para sus espacios urbanos, especialmente en aquellos que se sitúan en el entorno de sus domicilios y en aquellas zonas donde desarrollan el mayor número de actividades de la vida cotidiana, hemos tramitado en este ejercicio diversas quejas que ponen de relieve la oposición de muchas personas a la instalación en estas zonas de las denominadas **gasolineras "low cost"**.

En relación con este tipo de instalaciones, hay que decir que el **Real Decreto-ley 4/2013**, de 22 de febrero, de medidas de apoyo al emprendedor y de estímulo del crecimiento y de la creación de empleo, modificó el artículo 43 de la **Ley 34/1998**, de 7 de octubre, del Sector de Hidrocarburos, con objeto de facilitar la apertura de estaciones de servicio. Dicho precepto, en su vigente redacción, viene a decir, en esencia, que los usos del suelo para actividades comerciales son compatibles con la actividad económica de las instalaciones de suministro de combustible al por menor.

Esta apertura de la legislación a este tipo de instalaciones no es sino una consecuencia directa de la liberalización del mercado y de la libre competencia en el sector, con la mejora de la competitividad y su repercusión en los precios. Sin embargo, estas medidas están teniendo su contraste en el rechazo que provoca en la ciudadanía una instalación de suministro de combustible cerca de sus domicilios, cerca de sus entornos urbanos, fundamentalmente por el temor a la repercusión que, a medio o largo plazo, puede tener en la salud de las personas los gases que se desprenden. Y en este sentido es habitual referir en las quejas estudios de corte médico o científico sobre repercusiones directas o indirectas por la inhalación de gases.

En cualquier caso, tratándose de una actividad permitida, siempre que se cumplan las previsiones urbanísticas y los trámites ambientales y de salud, nuestra actuación en estos asuntos tiene por objetivo velar por el respeto a todos los trámites procedimentales y por que se dé respuesta expresa a las alegaciones y recursos de la ciudadanía. Sin perjuicio de ello, sí que podemos dejar constancia de que es un problema recurrente en muchos puntos de la geografía andaluza, dado que la ciudadanía ve con recelo una instalación de este tipo en entornos urbanos residenciales.

Así, por ejemplo, la queja 19/0340, por una instalación de este tipo en la localidad de Mairena del Aljarafe (Sevilla), con motivo de la cual se pusieron en contacto con la Institución vecinos de la zona donde se pretendía implantar, mostrando su rechazo a la misma.

El ayuntamiento de esta localidad, al que nos dirigimos con todas las cautelas que la normativa exige en estos asuntos, nos informó que el Pleno Municipal había acordado formular innovación del Plan General de la



localidad para regular el uso de gasolineras y servicios auxiliares, así como para suspender las aprobaciones, autorizaciones y licencias urbanísticas para el uso de gasolineras. Con ello dimos por terminada nuestra intervención en la queja y la archivamos.

El mismo rechazo, o incluso mayor, provocan en la ciudadanía los **tanatorios** cuando se instalan, o se pretenden instalar, en entornos residenciales. Sirva de ejemplo la queja 19/1577, en la que un grupo de vecinos de Torrox (Málaga), nos trasladaba su disconformidad con la ubicación de un tanatorio cercano a sus viviendas, y en la que conocimos por el ayuntamiento de la localidad que se encontraban en tramitación diversos expedientes patrimoniales para permutar una serie de inmuebles, uno de los cuales tendría el destino de tanatorio, pero que aún no se había tramitado lo relativo a la construcción del inmueble que lo albergase y de la autorización de la actividad, por lo que dimos por terminada nuestra intervención en la queja.

También en el plano de la salubridad hemos seguido recibiendo quejas, pudiendo citar como ejemplo la **queja 19/1368**, en la que el interesado reclamaba, en esencia, por la inactividad del Ayuntamiento de Mairena del Aljarafe (Sevilla), frente a sus denuncias por la **incidencia ambiental, en forma de olores y también de ruido**, que sufría a consecuencia de que su vecino tenía gallos, gallinas y palomos, en el patio de la vivienda, situación que había denunciado en el citado ayuntamiento mediante varios escritos.

Admitida a trámite la queja, fuimos informados por el Ayuntamiento de que se habían iniciado los trámites pertinentes para la cesación de dichas molestias, los cuáles habían desembocado en la incoación de un expediente sancionador en el que ya había recaído resolución final que se había notificado al denunciante. Con ello procedimos a dar por concluidas nuestras actuaciones en esta queja, en la consideración de que se había aceptado la pretensión del interesado.

Por el mismo planteamiento, pero por un problema si cabe de mayor entidad, puede también citarse la queja 19/2704, en la que un vecino de Alhama de Granada, en la provincia de Granada, en nombre de un colectivo de vecinos, ponía en nuestro conocimiento *"la situación de insalubridad a la que está expuesto todo el barrio debido a la existencia de una explotación ganadera de ovejas dentro del casco urbano"*. La citada explotación *"consta de una nave de unos 200 metros aproximadamente donde se guarda el ganado, no teniendo la misma cierres estancos sino que tiene aberturas en puertas y ventanas, por donde se escapan olores derivados de la actividad ganadera además de que en ocasiones se puede advertir restos de animales en descomposición, insectos como moscas, pulgas, garrapatas, etc. que hacen imposible realizar actividades cotidianas como cualquier vecino, no pudiendo siquiera los vecinos y los niños disfrutar de la calle y los espacios públicos, obligándolos a permanecer dentro de sus casas."*

La problemática ambiental venía provocada especialmente porque *"La nave se encuentra en el margen de una calle, teniendo viviendas de vecinos a menos de cuatro metros que sufren estas condiciones, además del resto del barrio que sufre los olores y plagas de insectos y excrementos en sus calles"*. Los vecinos habían presentado numerosos escritos en el Ayuntamiento *"para que tome cartas en el asunto y pueda buscar una solución a este grave problema, haciendo este caso omiso a las mismas. Igualmente, los vecinos tienen en su poder informes médicos en los que se indican que los niños de los vecinos han sufrido picaduras de pulgas en varias ocasiones, y hasta en una ocasión de garrapatas"*.

Consideraban que esta situación suponía el incumplimiento de las ordenanzas municipales y del planeamiento municipal, y acompañaban su reclamación con un amplio dossier en el que se incluía la firma de, aproximadamente, 650 personas que pedían *"una solución"* a este problema.

Nos dirigimos en petición de informe al Ayuntamiento de Alhama de Granada recordando que la **Ley de Gestión Integrada de la Calidad Ambiental de Andalucía**, determina en su Anexo que las instalaciones de ganado ovino o caprino por debajo de las 2.000 plazas, son actividades sometidas al trámite Calificación Ambiental. También recordamos que el promotor de la queja afirmaba que *"Según el PGOU aprobado en el año 2011, esta actividad es incompatible en el núcleo urbano"*. Es decir, que podría tratarse de una actividad no legalizable.



Recibido un primer informe en recientes fechas, a fecha de cierre de este informe se encuentra pendiente de su valoración, si bien de un análisis preliminar se desprende la conveniencia de seguir desarrollando actuaciones ante el referido ayuntamiento dado que se aprecia una actividad disciplinaria insuficiente.

También este año hemos formulado **Resolución** en un asunto de salubridad, concretamente en la en la **queja 17/1441**, con motivo de la inactividad del Ayuntamiento de Estepa, Sevilla, ante diversas denuncias que se habían planteado por la **situación de insalubridad** que se daba respecto de dos viviendas de la localidad.

En la queja se nos decía, por ejemplo, que esas dos viviendas de Estepa *“están con mala higiene, hay ratas y mal olor por falta de higiene. Tienen perros y gatos y no hay limpieza, no va nadie a corregir este problema ya que creemos que es un problema grave para esta Barriada, ya que hay una persona (...)”*. Tras recibir informe del Ayuntamiento y solicitar otro complementario que nunca nos fue enviado, decidimos formular Resolución consistente en lo siguiente:

“RECOMENDACIÓN para que en el caso objeto de la presente queja, si aún no se hubiera procedido a ejercitar las competencias legales referidas en materia de protección de la salud pública y disciplinarias en materia de urbanismo, se proceda sin más demoras ni retrasos injustificados y previos los trámites legales oportunos, a practicar las diligencias de comprobación e investigación que se estimen precisas y, en su caso, se incoen los procedimientos administrativos disciplinarios a que haya lugar para dar una solución a la problemática denunciada, informándonos al respecto.”

Pues bien, en respuesta a esta resolución se nos envió informe de los Servicios Sociales Municipales de Estepa comunicándonos que las viviendas objeto de esta queja, y las personas en ellas residentes, estaban siendo objeto de diversas gestiones y trabajos en diversos ámbitos, entre ellas las relativas a la limpieza y orden, y que se estaba haciendo un seguimiento a la denuncia de las personas afectadas, señalando *“que como seguimiento, mantendremos reuniones con las personas implicadas para continuar con el trabajo ya iniciado”*. A la vista de esta respuesta, entendimos que en lo esencial se había producido la aceptación de nuestra resolución.

También en relación con esta temática podemos citar la **queja 19/2783**, que incoamos de oficio cuando conocimos a través de medios de comunicación que en el Ayuntamiento de Dehesas de Guadix (Granada), se venía tramitando un procedimiento administrativo para autorizar la instalación en ese término municipal de **una granja porcina intensiva con capacidad para 125.000 cerdos**, la cual, pese a encontrarse en las fases iniciales, habría generado ya el rechazo de los alcaldes de hasta diez municipios cercanos a los que podrían llegar los olores de esta actividad, así como el de una asociación ecologista y el de personas residentes en el entorno que estarían encauzando su oposición a través de una plataforma ciudadana, en la que se habrían logrado ya más de dos mil firmas.

El proyecto en cuestión contemplaría la instalación de hasta 28 naves y más de un centenar de silos para alimentación, en un total de siete unidades productivas dentro de una gran finca rústica en término municipal de Dehesas de Guadix, pero mucho más cerca de otros núcleos urbanos colindantes, como el de Cuevas del Campo, el pueblo que quedaría más afectado, pero también Villanueva de las Torres, Alicún de Ortega, Zújar, Freila, Bátor y Gorafe, todos de la provincia de Granada, y los ayuntamientos jiennenses de Pozo Alcón, Huesa e Hinojares.

Así, según estas noticias, las consecuencias medioambientales de esta granja, caso de ser finalmente autorizada, alcanzarían a esos diez términos municipales cuyas Alcaldías habrían mostrado ya entonces su rechazo, por la ubicación elegida para la granja, la cual, paradójicamente, a pesar de que estaría en término de Dehesas de Guadix, lo sería en un emplazamiento lo suficientemente alejado de su núcleo urbano para provocar en éste escasa incidencia odorífera. Es decir, en principio, la población de Dehesas de Guadix sería la menos afectada por los olores de una actividad de este tipo.

Además de ello, se reflejaba en las noticias el fuerte impacto que tendría esta actividad en la utilización de grandes cantidades de agua (que se estimaba en 237,5 millones de litros/año), en la generación de



purines cuya depuración generaría no pocos problemas, olores y el riesgo de acabar filtrados en la tierra, y la atracción de insectos, moscas y olores.

En este contexto solicitamos informe a la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible, y al Ayuntamiento de Dehesas de Guadix. La primera nos respondió que no tenían conocimiento oficial de ninguna solicitud en el sentido de la actividad objeto de nuestra actuación. Por su parte, el Ayuntamiento citado no había contestado aún a fecha de cierre de este Informe Anual, por lo que seguimos realizando actuaciones para recabar su respuesta.

Finalmente, podemos también citar otras quejas que hemos tramitado con motivo de problemas de salubridad que, aunque proceden de cuestiones de menor entidad que las referidas, no por ello dejan de producir un gran rechazo, cada vez mayor, en la ciudadanía. Nos referimos a **conductas incívicas consistentes en no recoger los excrementos de las mascotas**, singularmente perros. Así, por ejemplo, podemos referirnos a la queja 19/0879 en la que el interesado, residente en La Zubia (Granada), nos exponía en un primer momento que *"debido a que a un metro y medio de mi casa, dando a la ventana de la cocina, se sitúa un parque que se construyó hace 16 años donde durante todo el día y toda la noche llevan a los perros, que dejan allí sus excrementos y la mayoría no los recogen. Lo que provoca en mi casa unos olores insoportables (...). Yo llevo varios años hablando con el Ayuntamiento de La Zubia para que lo desinfecten y pongan una señal como hay en otros parques, de prohibido dejar excrementos, y recogerlos bajo apercibimiento de multa de 300 euros. Pese a mis denuncias el Ayuntamiento ni hace nada, ni contesta a mis reclamaciones."*

Admitimos a trámite la queja y nos dirigimos al citado ayuntamiento solicitando expresamente la respuesta a las reclamaciones del interesado. En contestación a nuestra petición de colaboración, recibimos un informe a nuestro juicio insuficiente, por lo que volvimos a dirigirnos al mismo.

En su nueva respuesta recibimos informe evacuado por la Policía Local, tras cuyo análisis entendimos que había quedado acreditada la denuncia del afectado en cuanto a la existencia de un problema de salubridad pública en las inmediaciones de su vivienda provocado, cuando menos, por las micciones de los perros que visitaban el parque próximo.

Dimos cuenta de ello al interesado expresándole que habíamos pedido al ayuntamiento que reforzase las labores de control y vigilancia en la zona por parte de la policía local para evitar malas prácticas por parte de los propietarios de estos perros, a la vez que le habíamos pedido también un refuerzo del operativo de limpieza en ese sector. Finalmente, también hemos pedido al Consistorio que dé cumplimiento a la propuesta de la policía local de colocar en dicha zona un cartel explicando a los usuarios del parque y propietarios de los perros las obligaciones que le asisten en cuanto a limpieza y recogida de excrementos.

Con ello, confiando en que estas medidas serían asumidas por el ayuntamiento y se llevarían a término en un plazo razonable, dimos por concluidas nuestras actuaciones en esta queja y procedimos a su archivo, sin perjuicio de que, más adelante, de no constatarse el cumplimiento de tales medidas, podamos volver a interesarnos por este asunto.

También en relación con **excrementos de perro** hemos tramitado, entre otras, la queja 19/1347, aún en tramitación a fecha de cierre de este Informe Anual, con motivo de la cual nos hemos dirigido al Ayuntamiento de Vélez-Málaga (Málaga), trasladando la falta de respuesta a una denuncia escrita formulada casi dos años atrás, de un vecino denunciando que delante de su vivienda, sita en Torre del Mar, existía una zona ajardinada, que estaba llena de excrementos de perros.

Por excrementos de otro tipo de animales, gallinas en este caso, tramitamos la queja 19/4282, en la que la persona interesada nos daba cuenta de que había escrito varias veces al Ayuntamiento de Benalmádena (Málaga) para presentar una queja sobre la suciedad en un tramo de su calle, sin que dichas quejas hubieran servido para solucionar el problema. Según exponía, varias gallinas se habían escapado del Parque de las Gallinas y se había multiplicado en un complejo cercano, campando a sus anchas en las aceras, con el resultado de que las mismas se encontraban llenas de excrementos con riesgo de caída por resbalamiento. Consideraba la interesada que las gallinas deberían estar en una granja no en el parque, ni en las aceras o las viviendas cerca del parque.



Admitida a trámite la queja nos dirigimos en petición de informe al Ayuntamiento de Benalmádena, que a fecha de cierre de este Informe Anual aún no ha respondido, por lo que seguimos haciendo gestiones para obtener su contestación.

1.14. Urbanismo y Ordenación del Territorio

1.14.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.14.2.1. Urbanismo

1.14.2.1.2. Disciplina Urbanística

...

Una comunidad de propietarios nos exponía en la queja 16/4526 que el edificio colindante con el suyo se encontraba en estado ruinoso y estaba ocasionado peligro, daños y perjuicios a los inmuebles anejos, dándose además la circunstancia de tener techos contaminantes de uralita. Se añadía que se había puesto esta situación en conocimiento del Ayuntamiento de Alcalá del Río sin que se hubieran dispuesto las medidas procedentes para que las personas titulares del inmueble ruinoso adoptaran las medidas exigidas por la legislación urbanística.

Actuando en sentido similar a otros supuestos, formulamos **Recomendación** de que, en el caso de que ello no se hubiera llevado a cabo aún, por parte de los servicios técnicos municipales, se inspeccionara sin demora la situación del inmueble en cuestión y, en caso de resultar procedente, al amparo de lo dispuesto en los artículos 155 y 158 de la Ley de Ordenación Urbanística de Andalucía, se remitiera a la propiedad una orden de ejecución con objeto de que pasara a encontrarse en las debidas condiciones de seguridad, salubridad y ornato. No obtuvimos la preceptiva respuesta a esta Resolución, de lo que damos cuenta en este Informe Anual.

...

3. Oficina de Información y Atención a la Ciudadanía

3.3. Análisis cualitativo de las quejas

3.3.7. Salud

Los problemas de Salud son también otro de los temas que más preocupan a los ciudadanos y asociaciones. Este año han sido 748 las consultas que nos han realizado sobre estos asuntos. El retraso en la atención especializada; la falta de recursos en el tratamiento de la salud mental; las listas de espera; la falta de centros adecuados y cercanos; los problemas derivados de la praxis asistencial y las reclamaciones de responsabilidad patrimonial constituyen el grueso de las consultas dedicadas a este tema.

Podemos señalar entre otras consultas interesantes:

Reunión con Plataforma para mejorar la atención sanitaria y social de la Comarca de la Serranía de Ronda. Nos plantean una serie de reivindicaciones relativas a la atención sanitaria y social en la comarca de la Serranía de Ronda. Es un único hospital público de agudos para la comarca de la Serranía que abarca 37 poblaciones, 26 de Málaga y once de Cádiz, un total de 112.000 habitantes. Es una población muy envejecida y una baja renta per capita. Las distancias entre el hospital comarcal y los hospitales regionales de referencia son de más de una hora y media. Los accesos a las instalaciones para peatones y personas con discapacidad son manifiestamente mejorables. Hay falta de plazas en los aparcamientos y necesidad de mejorar las líneas de transporte públicos. Falta de plazas de salud mental. Mejora en los tiempos de atención por paciente.



También nos exponen **falta de atención, en este caso de cardiólogos en el hospital de las Minas de Río Tinto**, otra persona nos señala la inadecuada atención recibida por una persona de avanzada edad.

En Morón, una asociación nos trasladan diversos problemas con respecto a la atención sanitaria en el Hospital de Alta Resolución. Falta de urgencias pediátricas. No tienen hospital comarcal sino un chare antiguo. No se sustituye a los pediatras en vacaciones.

Retrasos en las citas de atención especializada. «*Su hermana ha sido valorada por la unidad de disfagia, duerme muy mal y no mantiene bipedestación sin ayuda. Precisa revisiones por Neurología, tiene escapes urinarios y fecales en ocasiones y presenta dolor. La última vez que la atendieron le dieron revisión para seis meses. Sin embargo han pasado más de nueve y no la han llamado, al parecer porque la persona que llevaba la agenda del neurólogo se había jubilado*». Después de nuestra intervención le comunican que se están revisando las agendas para remitir una cita a la mayor brevedad posible.

Un tema también que llena de preocupación a los ciudadanos es el **excesivo tiempo de espera en los expedientes de responsabilidad patrimonial por mala praxis médica**. *Una señora nos traslada que «padezco cáncer de mama con metástasis y se convirtió en estadio IV porque durante un año los médicos que me atendían decían que no tenía nada. Se inició un procedimiento de reclamación patrimonial sanitaria. Me han comunicado que la reclamación tuvo entrada en el registro el 8 de mayo de 2018, teniendo seis meses para su resolución. La remisión al órgano competente de los informes ha tardado un año. Mientras tanto, la metástasis sigue invadiendo mi cuerpo y ya está en el cerebro. ¿A qué van a esperar a resolver a que me muera? Solicito su ayuda para que pueda resolverse el expediente. No me abandonen a mi suerte, me queda poco tiempo de vida».*

Con respecto a las **prestaciones farmacéuticas** son constantes las consultas y quejas sobre **la problemática del pago de medicamentos para las personas en situación de discapacidad o en desempleo o pensionistas con pocos ingresos**. Las personas no entienden que si están en situación de desempleo tengan que abonar el 40% de las prescripciones farmacéuticas cuando no tienen ningún tipo de ingreso.

3.3.8. Procedimientos de extranjería y cuestiones conexas

...

Otro problema que nos encontramos en la actualidad con los ascendientes de familiares comunitarios es la necesidad de tener asistencia sanitaria previa para poder ejercer el derecho de tener una tarjeta de familiar de comunitario, para lo cual tienen que suscribir un seguro privado que muchas compañías no hacen.

...



REVISTA DEL INFORME ANUAL

02. A debate

Suministro de medicamentos

Dificultades en el acceso a la prestación farmacéutica

Los problemas de suministro intentan ser paliados con actuaciones diversas, como las autorizaciones de comercialización y fabricación excepcionales, la distribución controlada, la importación y gestión de medicamentos extranjeros, la información a profesionales y pacientes y los procedimientos sancionadores

Forma parte del genérico derecho a la protección de la salud, el más particular derecho al medicamento, es decir, a la prestación farmacéutica, cuya obtención reconocen tanto la básica Ley General de Sanidad 14/1986 (artículo 10.14), como la autonómica Ley de Salud de Andalucía (artículo 18.3), como derecho de todos para promover, conservar o restablecer la salud, frente a las administraciones públicas sanitarias y, por ende, la correlativa obligación de éstas en su prestación.

Empero, la prestación farmacéutica no se circunscribe a un objeto material único, el de los medicamentos, sino que también engloba los productos sanitarios; y, desde un punto de vista más funcional o, si se quiere, práctico, abarca "el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad".

Así lo reconoce el Real Decreto 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, que regula en su Anexo V el contenido, indicación, prescripción y dispensación, así como la participación económica de los usuarios, de la cartera de servicios comunes de una prestación, la farmacéutica, sujeta a las prescripciones de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y demás disposiciones aplicables.

La prestación farmacéutica, sin embargo, no pasa por su mejor momento desde hace algunos años. Y así, si primero fue su financiación la que reconfiguró sus perfiles desde el punto de vista del acceso a la misma, mediante la inclusión en las reglas de aportación de colectivos hasta entonces exentos, más recientemente **los problemas de suministro han venido a añadir, de forma cada vez menos insólita, un nuevo motivo de inquietud para sus beneficiarios.**

Por razones bastante distintas, en este caso objetivas, **también el acceso a la prestación farmacéutica encuentra dificultades por la vía de la obtención en las oficinas de farmacia de determinados medicamentos,** que se erige en una barrera cada vez más asidua.

No en vano, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios incluye en su página web un apartado específicamente destinado a los problemas de suministro de medicamentos de uso humano, en el que mantiene permanentemente actualizado el listado de medicamentos que presentan en cada momento problemas de suministro, detallando la información para las diferentes presentaciones de los medicamentos que se encuentren afectadas y concretando la fecha de inicio del problema y la prevista para su finalización, en caso de poder ofrecer esta última.

Para acotar el estado de la cuestión en 2019, acudimos al informe de su primer y de su segundo semestre, de los que resultan confirmados 1.321 casos, es decir, 560 presentaciones afectadas de

"Los problemas de suministro han venido a añadir, de forma cada vez menos insólita, un nuevo motivo de inquietud para sus beneficiarios"



enero a junio y problemas de suministro de 761 medicamentos en el segundo semestre de 2019, concluyendo el año con 532 presentaciones afectadas por problemas de suministro activos.

Ciertamente, no podemos decir que falte información por parte de la Administración Sanitaria, ya que aun cuando conocer el problema no evite el mismo, la información ayuda a comprender y a buscar opciones para su superación. Cualquier persona interesada puede consultar la situación en que se encuentra un medicamento que no encuentra en las oficinas de farmacia, e incluso, en la mayoría de los casos, saber cuándo se prevé que vuelva a estar disponible en el canal farmacéutico.

También puede conocer si existe alternativa, es decir, otro medicamento con el mismo principio activo y para la misma vía de administración, que pudiera utilizar para no interrumpir el tratamiento; si bien es verdad, que no siempre existe dicha opción, o no siempre se puede acudir a la misma, siendo preciso que el facultativo valore la posibilidad de utilizar otro u otros tratamientos comercializados y, en su caso, financiados en el sistema sanitario público.

Entre las diversas causas que provocan la falta de suministro, las que aparecen con mayor relevancia son las que derivan de problemas de fabricación, -cuya razón última no parece sencillo delimitar, conforme extraemos del análisis de la información disponible-, seguidas por los problemas de capacidad.

En cualquier caso, los supuestos realmente preocupantes tienen lugar cuando la falta afecta a medicamentos de determinados grupos terapéuticos (del sistema cardiovascular, antineoplásicos o de salud mental, entre otros) que no pueden ser sustituidos por medicamentos con el mismo principio activo y misma vía de administración o tiene una duración prolongada, es decir, cuando el impacto se califica de mayor.

Dentro de las medidas incluidas en el Plan de Garantías de Abastecimiento de Medicamentos 2019-2022, elaborado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y aprobado en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 8 de mayo de 2019, los problemas de suministro intentan ser paliados con actuaciones diversas, como las autorizaciones de comercialización excepcional, la distribución controlada por parte del titular de la autorización de comercialización, la importación y gestión de medicamentos extranjeros, las autorizaciones de fabricación excepcional, el incremento de la información a profesionales sanitarios y pacientes, las paradas de exportación y los procedimientos sancionadores.

Este problema, en resumen, aparenta ser en parte una de tantas consecuencias de la unidad de destino a que se han atado los Estados por la globalización. El tiempo nos permitirá conocer si puede ser superado con las medidas al alcance de cada país, coordinadas con las adoptadas por los de su entorno, o si se hacen precisas otras reglas del juego y cuáles hayan de ser éstas.

03. Nuestras Propuestas

La información también es salud

El derecho del paciente a estar bien informado

Hemos alcanzado una época en que la información no solo puede y debe estar al alcance de todos, sino en la que saber y conocer se han convertido en una necesidad para todas las personas y su falta, en un motivo de malestar.

Información es una palabra a la que recurrimos muy frecuentemente en esta Institución y cuyo valor aparece destacado en varios apartados del Informe Anual de 2019.

Le concedemos importancia como fruto de nuestra experiencia y, desde luego, al amparo de las exigencias que están consolidando los tiempos, cada vez más rendidos al valor de la participación ciudadana y a la transparencia en todo lo que gira alrededor de lo público, que cuanto más es valiosa en el conocimiento particular de aquello que a cada cual concierne respecto de la atención a su salud.



Los defectos en dicho plano subyacen en el fondo de numerosas problemáticas y, a la inversa, su correcta rendición resuelve confusiones y malentendidos.

En lo que concierne a la salud, individual o colectiva, tanto la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, como la Ley de Salud de Andalucía 2/1998, de 15 de junio, imponen a los poderes públicos el deber de informar a los usuarios del sistema sanitario público de sus derechos y deberes; y expresamente reconocen el derecho de los ciudadanos a obtener información sobre los servicios sanitarios a que pueden acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso y, desde luego, el contenido de este derecho debe comprender tanto una información general, como la particularizada que en el seno del proceso asistencial proceda facilitar a la persona sometida al mismo.

Ahora bien, tan importante como suministrar información es hacerlo de forma completa y veraz.

En el ámbito de la **salud colectiva**, una manifestación de las consecuencias negativas que el correcto o incorrecto manejo de la información puede comportar, lo encontramos en las vertientes relacionadas con la seguridad alimentaria y con la salud ambiental.

El primero de los casos tiene su manifestación en supuestos como el de la alerta sanitaria provocada por un brote infeccioso por listeriosis relacionado con el consumo de determinados productos cárnicos, en el que esta Institución inició una queja de oficio entre cuyas finalidades se encuentra valorar la adecuada gestión del riesgo sanitario, puesta en entredicho en lo que se refiere a la suficiencia de la información proporcionada a los consumidores para garantizar el derecho a conocer una situación directamente vinculada a la protección de su propia salud, dado que la desinformación, cuando concurre, es una de las causas que contribuyen a incrementar situaciones de alarma e impiden la autoprotección.

Tratándose de sanidad ambiental, cada vez tiene más presencia la iniciativa ciudadana demandando de los poderes públicos conocer en qué medida pueden incidir sobre la salud de todos, las ondas de antenas de telecomunicaciones o las emisiones liberadas al medio ambiente. Y, ciertamente, la Administración se ve abocada a abordar los estudios pertinentes a instancias de la preocupación de la población.

Cuando se trata de la **salud individual**, la información adquiere una importancia sustancial en todos sus niveles asistenciales.

Así, se convierte en un elemento imprescindible en el buen desenvolvimiento de la atención sanitaria en el ámbito de la atención primaria, por la vía de la adecuada **relación médico-paciente**, que sustenta la confianza en el criterio clínico de aquel y abre la vía en cierto modo al éxito del tratamiento.

Una mala calidad de la información, por el contrario, incide en la idea de incompreensión del entramado más complejo y dilatado de la atención especializada, donde el grado de cercanía es menor y, por ello, menos accesible la comunicación y el entendimiento. Incluso dificulta el ejercicio del derecho a la garantía de plazo una vez vencido el plazo de respuesta para primeras consultas de atención especializada, procedimientos diagnósticos e intervención quirúrgica.

Las actuaciones sanitarias que no desembocan en el resultado deseado, cuando se producen en un contexto en el que han concurrido otros factores generadores de insatisfacción, provocan recelos en las personas afectadas (paciente o familiares) y conducen a un clima de desconfianza en el que no siempre resulta sencillo desentrañar si ha concurrido una verdadera mala praxis, si la sospecha o creencia de la misma ha resultado de la falta de comunicación o si, tal vez, han confluído ambas cosas.

“La adecuada relación médico-paciente, que sustenta la confianza en el criterio clínico de aquel y abre la vía en cierto modo al éxito del tratamiento”



El adecuado ejercicio de los derechos por la ciudadanía depende absolutamente de la información, máxime en una organización compleja como la del sistema sanitario público, lo que hace relevante extremar el celo en este aspecto, en todas las vertientes enumeradas, así como en la respuesta temporánea y congruente a las quejas formalizadas en el Libro de Sugerencias y Reclamaciones y en el acceso a la historia clínica.

La información también es salud.

04. Mejorar Las Normas

Acceso a medicamentos

Las trabas económicas

Desde que 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, modificara parcialmente las reglas que regulan la aportación de las personas usuarias respecto del coste de los medicamentos prescritos financiados por el Sistema Sanitario Público, han sido numerosas las quejas manifestadas por una parte de la ciudadanía. Concretamente, por aquellas personas que cuentan con un menor nivel adquisitivo.

La prestación farmacéutica ambulatoria, esto es, la que se dispensa al paciente a través de receta médica, en oficina o servicio de farmacia, está sujeta a aportación del usuario (que debe efectuarse en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario), siendo proporcional al nivel de su renta actualizado anualmente, conforme al porcentaje desglosado en el artículo 90 bis de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que va desde el 50% para determinados niveles de rentas, hasta la del 10% del PVP para los pensionistas y sus beneficiarios que no alcancen rentas de 18.000 euros y topes máximos de aportación cuando se trate de tratamientos de carácter crónico y de larga duración.

La norma contempla supuestos tasados de exención de la aportación, limitados a los afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica; las personas perceptoras de rentas de integración social; las perceptoras de pensiones no contributivas; los parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación; y las personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Con carácter previo a esta reforma legal, los pensionistas estaban exentos de aportación, junto a otros colectivos específicos, siendo así que tras la misma los primeros quedan sujetos a una aportación del 10% del precio de las medicinas (con determinados topes en función de la renta).

Pues bien, desde que entraran en vigor las nuevas reglas y se manifestaran de lleno las consecuencias de una crisis económica que, en caso de haberse ido, ha dejado tras de sí un rastro indeleble en la situación de muchas familias, venimos asistiendo a las manifestaciones de las personas en situación de desempleo y de las que cuentan con una discapacidad reconocida, acerca de sus **dificultades para acceder a la medicación que tienen prescrita**.

Las primeras (personas sin empleo), por haberse previsto únicamente la exención de una parte de este colectivo, "los parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación", quedando obligadas a aportar, en cambio, quienes a pesar de estar en paro no cuentan con los requisitos para llegar a percibir dicho subsidio (personas mayores de 45 años con responsabilidades familiares).

La normativa no prevé, por tanto, que no aporten las personas que carecen de recursos en general, que tanto son las personas en desempleo sin derecho a prestación, o que la hayan agotado, como las que hayan agotado el subsidio, por cuanto ninguna de ellas percibe ingresos.

"Dificultades para acceder a la medicación que tienen prescrita"



El segundo colectivo discrepante ha venido siendo el de las personas con discapacidad, a las que la Ley exime de aportación “en los supuestos contemplados en su normativa específica”. Esta previsión suscitaba dudas respecto de quiénes pueden considerarse integrados en este colectivo, debido a que, con carácter general, la única regulación que introduce criterios de gratuidad en la prestación farmacéutica de las personas discapacitadas, es la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI). Y de lo dispuesto en su regulación, en relación con la restante normativa de aplicación (artículo 13.1 LISMI, en relación con el artículo 5 b) del R.D. 383/84 de 1 de febrero y con los Reales Decretos Leyes 16/2012, de 20 de abril y 7/2018, de 27 de julio), resulta que, en realidad, el beneficio de gratuidad en el acceso a los medicamentos, había quedado vacío de contenido para las personas discapacitadas.

Para mayor certeza, dimos traslado de la cuestión al Defensor del Pueblo de las Cortes Generales, que, coincidiendo con el criterio del Defensor del Pueblo Andaluz, recomendó al Ministerio competente que promoviera 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.

La propuesta no fue aceptada, de manera que en la actualidad el beneficio de la exención de copago para personas con discapacidad, se limita a quienes accedieron a la asistencia sanitaria por la vía de la 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.

En conclusión, hemos constatado que la situación de la economía ha llevado consigo que muchas personas se hayan quedado sin trabajo, que otras tantas hayan visto mermados sus ingresos por el desempeño de trabajos precarios, que existen pensionistas con pensiones bajas o agostadas por el sostén económico de familiares más jóvenes, así como personas con discapacidad e ingresos limitados a una escueta prestación, viendo todas ellas dificultada su capacidad de acceder a los medicamentos que precisan por falta de recursos para su adquisición.

Se trata de una cuestión pendiente de respuesta unívoca, que aunque parecía que iba a reconsiderarse en la pasada anualidad, mediante la eliminación del copago farmacéutico a determinados colectivos, no llegó a cristalizar.

Por su parte, tampoco los servicios sociales han establecido una solución uniforme, mientras que la enorme demora en el reconocimiento de la renta mínima de inserción social en Andalucía, retrasa el acceso a la exención de las personas que la obtengan, en su condición de receptoras de rentas de integración social, como supuesto expresamente contemplado en el artículo 94 bis.8.b) de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

07. Atención Ciudadana

Derecho a una buena administración

“Malamente estamos”

“Se produce mala administración cuando un organismo no obra de acuerdo con las normas o principios a los que debe estar sujeto”. Informe del Defensor del Pueblo Europeo 1997.

La buena administración pública es un derecho fundamental de la ciudadanía y, también, un principio de actuación administrativa. Los ciudadanos tienen derecho a exigir determinados patrones o estándares en el funcionamiento de la Administración. Y la Administración está obligada, en toda democracia, a distinguirse en su actuación cotidiana por su servicio objetivo al interés general¹.

La Constitución española de 1978 señala en su artículo 9.2: *Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas y remover los obstáculos que impiden o dificulten su plenitud y facilitar la participación*



de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social. En palabras de Jesús Maeztu, Defensor del Pueblo Andaluz, los poderes públicos deben de remover los obstáculos que impiden a las personas ser felices.

Nuestro Estatuto de Autonomía también plasma este derecho en su artículo 31: <<Se garantiza el derecho a una buena administración, en los términos que establezca la ley, que comprende el derecho de todos ante las Administraciones Públicas, cuya actuación será proporcionada a sus fines, a participar plenamente en las decisiones que les afecten, **obteniendo de ellas una información veraz**, y a que sus **asuntos se traten de manera objetiva e imparcial** y **sean resueltos en un plazo razonable**, así como a **acceder a los archivos y registros de las instituciones**, corporaciones, órganos y organismos públicos de Andalucía, cualquiera que sea su soporte, con las excepciones que la ley establezca>>.

La buena Administración pública tiene por tanto que estar comprometida con la mejora real de las condiciones de vida de las personas, con los problemas de la gente y procurar buscar la mejora permanente e integral de las condiciones de vida de las personas.

En Andalucía nos encontramos con graves problemas sociales que solucionar: según el **Informe sobre el estado de la pobreza en Andalucía 2019**², el 38,2% de la población se encuentra en riesgo de pobreza y/o exclusión social; el 18% de la población menor de 60 años viven en hogares con baja intensidad de empleo y más de 560.000 personas reciben una pensión cuyo importe es inferior al mínimo considerado para no ser pobre.

Ante la situación de crisis, la falta de empleo, exclusión social, falta de vivienda, etcétera, se articulan una serie de derechos y procedimientos administrativos de protección social: sistemas autonómicos de rentas mínimas; prestaciones de jubilación e invalidez no contributivas; ayudas a la vivienda, etcétera.

El pasado siete de febrero el Relator Especial de la ONU sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, Philip Alston, señaló en una comparecencia que **"España les está fallando por completo a las personas que viven en la pobreza, cuya situación ahora se encuentra entre las peores de la Unión Europea"**.³

El artículo 41 del Estatuto de Autonomía de Andalucía establece que "corresponde al Defensor o Defensora del Pueblo Andaluz velar por la defensa de los derechos" y el artículo 128, que "podrá supervisar la actividad de las Administraciones públicas de Andalucía, dando cuenta al Parlamento".

Como Oficina de Información y Atención Ciudadana, son constantes las consultas y reclamaciones que nos llegan trasladando las demoras en que incurren las Administraciones públicas andaluzas para la resolución de estos procedimientos, denunciando que tras haber transcurrido un tiempo excesivo, a veces, más de un año, siguen sin resolverse sus peticiones. (Así nos ocurre, por ejemplo, en el reconocimiento de las pensiones no contributivas, renta mínima de inserción social, ayudas al alquiler, reconocimientos de grado de discapacidad, títulos de familia numerosa, prestaciones de dependencia, etc.)

Este retraso supone un manifiesto incumplimiento de las normas legales y reglamentarias que están obligadas a observar en su actuación dichas administraciones y afectan a los derechos que tienen reconocidos la ciudadanía a una buena administración.

Los ciudadanos se sienten abandonados: un gaditano nos envía el siguiente mensaje: "No entiendo cómo desde 2018 no sabemos nada de estas ayudas...(ayudas de alquiler), tampoco entiendo cómo una normativa en la que se especifica que hay un plazo de seis meses, tampoco se cumpla...queremos una solución ya y que nos den una respuesta, este tipo de cosas son las que nos hacen no creer en el sistema que tenemos en la Junta de Andalucía, si esto es el Defensor del Pueblo Andaluz, pido que nos den una solución pronto, ya que los plazos ya los han superado en un año y aún no sabemos nada".

A ese hombre, a esa mujer, son a los que el Defensor del Pueblo Andaluz se debe para conseguir garantizar sus derechos y libertades y que la Administración sirva con objetividad los intereses generales y actúe de

1. Rodríguez Arana, Jaime: La buena administración como principio y como derecho fundamental en Europa. Misión Jurídica. Revista de Derecho y Ciencias Sociales. Bogotá. 2013.

2. Red Andaluz de Lucha contra la pobreza y exclusión social: Radiografía de la Pobreza en Andalucía 2019. La pobreza olvidada.

3. <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25534&LangID=S>



acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación, con sometimiento pleno a la ley y al Derecho.

Porque es nuestro deber defender y velar por las personas en situación de vulnerabilidad, que no se caigan al suelo y rompan como cristales, como dice la canción "Malamente", de Rosalía, "ese cristalito roto, yo sentí cómo crujía. Antes de caerse al suelo, ya sabía que se rompía".

En este trabajo pondremos todo nuestro empeño.