



transporte solicitadas se encontraban en estado de "Pendiente de estudio" y valoración de la documentación presentada, para comprobar si cumple los requisitos de la norma que las regula, la Resolución de 14 de marzo de 2011.

Finalmente, en la queja 17/5510 se denunciaba una posible situación discriminatoria de género contra la empresa prestadora del servicio de recogida de basuras en la ciudad de Jaén. Por los datos e información aportadas resulta que la mujer no puede ser contratada para prestar servicios en dicha actividad (Barrendera) al parecer porque la empresa no dispone de vestuarios y aseos separados para hombres y mujeres.

Solicitado informe al Ayuntamiento de Jaén y a la empresa prestadora del servicio, se está pendiente de su recepción.

### 1.6.2.3 Salud

El rol de género no es ajeno a la salud. La desigualdad a la hora de la distribución del poder repercute negativamente en la salud de las mujeres. Su forma de acceder a los servicios sanitarios es distinta, normalmente más tardía, y las posibilidades de que desarrollen acciones destinadas a su bienestar social, físico y psicológico son menores.

Los factores que determinan esta situación tienen un carácter muy diverso, unos son biológicos, y otros ambientales, pero en definitiva el modelo sanitario actual estudia fundamentalmente al hombre, y relega la mujer al ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Siendo conscientes de esta situación, y partiendo por tanto de la existencia de desigualdades sociales en salud, más difícil sin embargo resulta comprobarlo en el marco concreto del funcionamiento de nuestro servicio sanitario, sobre todo desde el limitado margen que implica la tramitación de las quejas que se formulan ante esta Institución.

Todo lo más nos dedicamos a concentrarnos en las que afectan a procesos o patologías fundamentalmente femeninos, en el intento de poder extraer algunas conclusiones.

Por ejemplo la problemática de salud que presentan muchas mujeres que padecen hipertrofia mamaria, no está a nuestro modo de ver, suficientemente atendida en nuestro sistema sanitario. Y es que la solución en muchas ocasiones pasa por una intervención de reducción de mamas, y esta última se contempla de manera absolutamente restrictiva.

La exclusión de la cartera de servicios de todos los procedimientos diagnósticos o terapéuticos con finalidad estética (siempre que no guarden relación con accidente, enfermedad o malformación congénita), y la necesidad de deslindar lo que tiene ese carácter respecto de lo que no, sirve de excusa para el establecimiento de unos requisitos que reducen bastante el grupo de mujeres que puede beneficiarse de aquella.



En esta tesitura no podemos menos que considerar que factores ajenos a los criterios clínicos también son tenidos en cuenta, no en vano este tipo de operaciones, no sujetas a garantía de plazo de respuesta, tienen poco espacio en el marco de las programaciones quirúrgicas, y sufren demoras considerables a la hora de llevarse a cabo.



Ciertamente no deja de resultar curioso que el contenido de las prestaciones sanitarias se defina en último término por circulares o instrucciones internas que no tienen carácter de norma jurídica, y que el mismo pueda estar sujeto a determinaciones cambiantes.

En resumidas cuentas al final persisten mujeres con problemas de salud ocasionados por la hipertrofia mamaria, a las que el sistema no ofrece la solución más apropiada, por lo que están condenadas a convivir con el dolor, y a recibir tratamiento puramente sintomático.

En este sentido durante el pasado ejercicio recibimos reclamaciones relacionadas con el retraso en este tipo de intervenciones (queja 17/1952 y queja 17/6321), así como enérgicas protestas por la negativa reiterada a dispensar la intervención (queja 16/5462), e incluso abiertas solicitudes de información en torno a las circunstancias que determinan que aquella se lleve a cabo en el sistema sanitario público.

Llama la atención sin embargo que cuando el problema se presenta en el ámbito masculino, con repercusión exclusivamente estética, no se haga preciso acreditar ningún perjuicio funcional, ni se establezcan criterios delimitadores de lo operable. En este sentido el interesado en la queja 16/2628 padecía una ginecomastia leve, y aún cuando las argumentaciones relacionadas con el retraso en la práctica de la intervención resultan equiparables, no en vano las recogimos en una **resolución** con emisión de Recomendaciones, sin embargo no tuvo inconveniente alguno para ser incluido en lista de espera quirúrgica.

Por otro lado la práctica de tratamientos de reproducción asistida sigue siendo fuente inagotable de reclamaciones, no sólo por las largas esperas que la acompañan, de lo que ya dimos cuenta en este mismo apartado del Informe del año pasado, sino por otro tipo de circunstancias. Por ejemplo la **queja 16/2681** y la queja 16/5035 incorporan sendas peticiones para la aplicación de la técnica del diagnóstico genético preimplantatorio, mientras que en la queja 16/3934 la interesada plantea su disconformidad con la negativa a ser sometida a tratamiento.

El informe del hospital da cuenta del itinerario asistencial de la interesada, y de la decisión adoptada en sesión clínica por los profesionales de la unidad de RHA, de no llevar a cabo la punción ovárica previa a la FIV, por considerar que existe riesgo de hemorragia para la paciente, así como de transferencia de la patología hematológica al recién nacido, de acuerdo a lo previsto en la ley de reproducción humana asistida.

La interesada aporta el informe que se elaboró desde el servicio de hematología para actualizar el que ella presentó en la primera cita, y que había de servir de base a la decisión de la comisión, el cual afirma que puede someterse a estimulación ovárica, tratamiento de FIV, y quedarse embarazada. Señala que la patología es de carácter leve, y que aunque se transmita al recién nacido, seguirá teniendo dicha naturaleza, viéndose obligada la solicitante a asumir el riesgo en su caso.

A nuestro modo de ver este criterio resulta absolutamente contradicho por la decisión y no se ofrece ninguna explicación para ello que pueda justificar el apartamiento del mismo. Además nos parece un contrasentido que se pueda realizar el tratamiento a personas con enfermedades transmisibles mucho más graves, genéticas o infecciosas, y se niegue en este caso, existiendo además la alternativa de la donación de ovocitos, que específicamente se prevé en los de enfermedad hereditaria de la mujer o la descendencia. No obstante la **Recomendación** emitida en este caso no ha sido aceptada.

En el ámbito de la espera para las intervenciones quirúrgicas, el año pasado determinamos la conclusión de nuestras actuaciones iniciadas de oficio en la **queja 16/0714** sobre lista de espera para reconstrucción mamaria.

En general, por lo que hace a la **Recomendación** para la agilización de los plazos para las operaciones, tanto en primera instancia, como las sucesivas que se hagan necesarias, consideramos aceptados los términos de nuestra resolución con el anuncio de elaboración y, más aún, por la publicación, de la Orden que establece la garantía de plazo de respuesta para estos procedimientos.

Ahora bien, en lo que respecta a la cartera de servicios de los centros la Administración se limitaba a constatar que existe claridad al respecto de la misma, considerando irrelevante la disponibilidad de especialistas en cirugía plástica, teniendo en cuenta que las pacientes que lo precisen pueden ser derivadas a los



centros adecuados en función de la técnica que se vaya a utilizar. Por nuestra parte manteníamos dudas, en la medida en que la información proporcionada por la Administración clasificaba entre las pacientes pendientes de intervención en hospitales que no cuentan con cirugía plástica en su cartera de servicios, algunas pendientes de procedimientos quirúrgicos complejos, que por tanto estaban llamados a ser realizados por dichos especialistas.

En esta tesitura además cobraba relevancia la denuncia efectuada por el colectivo de especialistas en cirugía plástica sobre la realización de intervenciones de reconstrucción por profesionales que carecen de la competencia necesaria para ello.

De ahí que solicitáramos un informe aclaratorio de los procedimientos quirúrgicos que deben ser llevados a cabo por cirujanos plásticos y los que pueden practicarse por otros especialistas, reflejando conforme a dicho criterio los que se practican en cada centro del Sistema Sanitario Público de Andalucía. En este punto también preguntamos por los conciertos suscritos a este fin y el ámbito de cobertura de los mismos, así como el número de derivaciones intercentros que por esta causa se ha llevado a cabo en los dos últimos años.

Pues bien el nuevo informe recibido niega tajantemente que el tipo de intervención venga determinado por la cartera de servicios del hospital de referencia de la paciente, señalando que en caso de que este último no disponga de los especialistas que su intervención precisa, puede ser remitida al hospital más cercano que sí los posea. Además, apunta que la determinación de la concreta intervención se lleva a cabo mediante un proceso de decisión consensuado con la paciente, que tiene en cuenta el tipo de tumor, sus características personales y sus deseos, a la vista de las posibilidades que presenta su caso.

En este sentido se ofrecen datos correspondientes a los ejercicios 2015 y 2016 sobre número y porcentaje de pacientes intervenidas en los hospitales de referencia que cuentan con cirugía plástica y reparadora, que sin embargo pertenecen a otras áreas hospitalarias. Así de 866 intervenciones practicadas por dichos especialistas en 2015, 454 (52%) lo fueron de pacientes derivadas desde sus centros de referencia, ascendiendo dicho número a 549 (el 54%) de las 1.016 intervenciones llevadas a cabo en el año 2016.

Por lo que hace a la clarificación de los procedimientos que se llevan a cabo por unos u otros profesionales, y por tanto en unos u otros centros hospitalarios, el informe apunta a la cartera de servicios de procedimientos que aparece publicada en la página web del SAS, a cuya consulta nos remiten.

De todas maneras adjuntan cuadros recopilatorios de los que integran la cartera de servicios de cirugía plástica y reparadora, con expreso señalamiento de los procedimientos que solamente se practican por estos especialistas, e igualmente de los que pueden llevarse a cabo indistintamente por varios profesionales.

Por nuestra parte subsisten algunas dudas en cuanto a los aspectos que determinaron la solicitud del informe aclaratorio, pues aún cuando constatamos la existencia de derivaciones a hospitales de referencia para intervenciones que se practican exclusivamente por cirujanos plásticos, se sigue sin explicar que existan pacientes pendientes de este tipo de intervenciones en hospitales que en principio no cuentan con dichos especialistas.

Por otro lado también advertimos procedimientos que figuran en la cartera de servicios de cirugía plástica como exclusivos de la especialidad (por ejemplo mastectomía subcutánea unilateral con implantación simultánea, código 85.33), que también figuran en las carteras de ginecología y cirugía general con posibilidad de ser realizados indistintamente por varias especialidades.

En todo caso por lo que hace al objetivo fundamental que perseguíamos con la tramitación de esta queja tenemos que considerar que nuestras recomendaciones se han aceptado, sin perjuicio de que tanto los tiempos de respuesta, como el resto de las cuestiones que analizamos, puedan continuar siendo valorados en cada caso concreto. En este sentido durante 2017 recibimos algunos otros planteamientos relacionados con este asunto (queja 17/4016).