

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

INFORME AL PARLAMENTO 2011

SALUD

INFORME DEL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

AL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

SOBRE LA GESTIÓN REALIZADA DURANTE 2011

Este texto es una recopilación de cuestiones relativas a la materia de Salud que se desarrollan a lo largo del Informe Anual al Parlamento de 2011. El contenido íntegro de dicho Informe se puede consultar y descargar en nuestra [página Web](#).

Andalucía 2012

ÍNDICE

SECCIÓN PRIMERA:	5
LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS Y LIBERTADES ESTATUTARIOS Y CONSTITUCIONALES DE LAS PERSONAS A TENOR DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA	5
II. LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS Y LIBERTADES DE LOS ANDALUCES A TENOR DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA	7
EL DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD: EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA.	7
SECCIÓN SEGUNDA:	11
ANÁLISIS DE LAS CUESTIONES PLANTEADAS EN LAS QUEJAS	11
IX. SALUD	13
1. INTRODUCCIÓN.....	13
2. ANÁLISIS DE LAS QUEJAS ADMITIDAS A TRÁMITE.....	16
2. 1. <i>Derecho a la asistencia sanitaria</i>	16
2. 1. 1. Salud Pública.	16
2. 1. 2. Atención Primaria.	24
2. 1. 3. Atención Especializada.	31
2. 1. 3. 1. Demoras asistenciales.....	31
2. 1. 3. 2. Negligencias médicas.	38
2. 1. 4. Derecho a la protección de la salud de los enfermos mentales.....	43
2. 1. 5. Urgencias y Emergencias.	52
2. 1. 6. Transporte Sanitario.	59
2. 1. 7. Gestión administrativa.....	65
2. 1. 8. Derechos de los Usuarios.	74
2. 1. 8. 1. Derecho a la libre elección de Médico/Enfermería	74
2. 1. 8. 2. Prestación ortoprotésica	77
2. 1. 9. Atención Temprana.	82
SECCIÓN CUARTA:	91
QUEJAS NO ADMITIDAS Y SUS CAUSAS	91
II.- DE LAS QUEJAS RECHAZADAS Y SUS CAUSAS	93
TEMAS TRATADOS EN OTRAS ÁREAS TEMÁTICAS	97
I. PERSONAL DEL SECTOR PÚBLICO.....	98
2.12. <i>Personal Sanitario</i>	98
2.12.1. Error en la autobaremación en concurso oposición.	98
2.12.2. Nombramientos de cargos intermedios de unidades de gestión clínica hospitalaria.	101
2.12.3. Derecho a recuperar los documentos aportados en procesos selectivos	106
2.12.4. Publicidad de los criterios para la evaluación de competencias profesionales.	110
2.12.5. Revocación de Resolución por la que acordaba la exención de guardias al interesado.	112
2.12.6. Situación laboral de los profesionales de un centro de salud.....	113
V. MEDIO AMBIENTE	115

2.1.3.	Contaminación.....	115
2.1.3.1.	Contaminación acústica.....	115
2.1.3.1.1.	Inminente aprobación de un nuevo Reglamento de Protección contra la Contaminación Acústica.....	115
2.1.3.1.2.	Informe especial sobre la incidencia de la Ley Antibotellón.....	117
2.1.3.1.3.	Incremento de los problemas causados por las terrazas de veladores y por los clientes de establecimientos que consumen bebidas fuera de estos.....	118
2.1.3.2.	Contaminación atmosférica.....	119
2.1.3.3.	Contaminación electromagnética.....	119
2.1.4.	Prevención ambiental.....	120
2.1.5.	Sanidad y salubridad.....	121
2.1.5.1.	Problemas derivados de la desatención de inmuebles.....	121
2.1.5.2.	Incidencias ocasionadas por instalaciones ganaderas localizadas en entornos residenciales...	121
2.1.5.3.	Problemas derivados de la inadecuada gestión de residuos.....	122
2.2.1.	Agricultura.....	123
2.2.1.2.	Perjuicios causados a los productos hortofrutícolas andaluces por la crisis sanitaria en Alemania.....	123
VI.-	JUSTICIA Y PRISIONES.....	128
2.4.2.	Informe Especial sobre “La Intervención de la Junta de Andalucía en el Sistema Penitenciario: colaboraciones más destacadas”.....	128
2.4.2.3.	Colaboraciones en materia sanitaria.....	128
2.4.2.4.	Recomendaciones.....	132
XIII.	POLÍTICAS DE IGUALDAD DE GÉNERO.....	135
2.5.	Salud.....	135
	SECCIÓN TERCERA: LOS DERECHOS DE LOS MENORES.....	139
10.	Menores con necesidades especiales.....	139
	OFICINA DE INFORMACIÓN.....	144
3.2.	Asuntos tratados en las consultas.....	144
4.	Derechos de la Ciudadanía, en sus relaciones con la Administración.....	144

SECCIÓN PRIMERA:

LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS Y LIBERTADES ESTATUTARIOS Y CONSTITUCIONALES DE LAS PERSONAS A TENOR DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA

II. LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS Y LIBERTADES DE LOS ANDALUCES A TENOR DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA.

El Derecho a la protección a la Salud: el Derecho a una muerte digna.

En este apartado del informe usualmente nos referimos a cuestiones que por su relevancia merecen una especial llamada de atención sobre las mismas, así como una consideración singularizada, que promueva la reflexión en torno a ellas.

Este año hemos querido significar las incidencias en cuanto a la efectiva materialización de un conjunto de derechos, que se caracterizan por su ejercicio en la última etapa de la vida, lo que se ha venido en denominar “proceso de muerte”. Estas cuestiones han sido objeto de regulación reciente por obra de la Ley andaluza 2/2010, de 8 de Abril, aunque algunos ya venían recogidos con carácter general en normas anteriores (singularmente la autonomía de la voluntad y la voluntad vital anticipada), y otros no son sino manifestaciones del derecho de los ciudadanos al respeto a su dignidad en el ámbito sanitario, el cual tiene presencia constante en los catálogos de derechos que incorporan las leyes generales en esta materia (Ley General de Sanidad y Ley de Salud de Andalucía).

Las iniciativas que se han promovido para llevar a cabo la regulación de los derechos de las personas en el proceso de muerte, han generado desde siempre un singular debate, con posiciones encontradas.

Los precedentes que en este ámbito se han producido, la necesidad de otorgar un soporte legal a lo que ha venido siendo una práctica habitual de los profesionales sanitarios, y la garantía de la prevalencia de la voluntad del paciente, han llevado a que nuestra Comunidad Autónoma se convierta en pionera de la elaboración normativa en este ámbito, con la promulgación de la Ley 2/2010, de 8 de Abril, antes citada, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte, aunque también nos constan intentos reguladores de otras Comunidades, y fundamentalmente en el ámbito estatal, que aún no se han materializado.

Junto a la consagración del derecho a decidir del paciente, que no es sino la traslación a este ámbito del principio de su autonomía, y la posibilidad de que el mismo se consagre en una expresión anticipada de sus deseos, la cual se registra a fin de que sea consultada en el momento en el que el declarante no tenga capacidad de discernir; se recogen toda una serie de aspectos que tratan de asegurar que la última etapa de la vida y el momento del fallecimiento se rodeen de la máxima atención por parte de los dispositivos sanitarios, garantizando la asistencia al paciente y sus familiares o cuidadores en múltiples aspectos, el control del dolor, y la intimidad y acompañamiento, cuando el desenlace se produce en régimen de hospitalización.

Todos estos aspectos se insertan en el ámbito de lo que hemos denominado “humanización de la asistencia”, cuya instauración venimos demandando desde hace tiempo en todos los centros asistenciales, fundamentalmente en los hospitalarios, y con más intensidad si cabe en el área de urgencias, y que se traduce en una atención particularizada de las circunstancias individuales de los usuarios.

Ciertamente el tiempo de andadura de la Ley aludida es escaso, pero no por ello insuficiente para constatar que sus previsiones resultan incumplidas en muchos casos, y

que en la actualidad los hospitales no reúnen condiciones funcionales y fundamentalmente materiales, para poder satisfacer sus requerimientos.

Como muestra de ello, durante el pasado ejercicio recibimos diversas quejas en las que, al margen de la atención sanitaria considerada desde una perspectiva estrictamente técnica, la intención que animaba a los reclamantes era poner de manifiesto el malestar, y singularmente la amargura por las condiciones en que se habían desarrollado las últimas horas de vida de sus familiares en el entorno hospitalario, y más concretamente en el de los servicios de urgencia de dichos centros.

En estos supuestos los pacientes venían siendo atendidos por la estructura de cuidados paliativos en sus propios domicilios, pero en unos casos se presentaron crisis de necesidad (en terminología del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos), que motivaron el traslado al hospital para la resolución de las mismas o la práctica de pruebas, y en otros se optó definitivamente por este medio para facilitar el fallecimiento, cuando las complicaciones aparecidas, en opinión de los profesionales, no permitían garantizar el control de la situación.

Resultan ilustrativas las manifestaciones de los familiares de estos pacientes, según las cuales la experiencia hospitalaria de sus últimos días había arruinado totalmente los esfuerzos que se venían realizando desde tiempo atrás en orden a sus cuidados, y ello a pesar de que el plazo de duración de aquella no excede en todos los casos de unas cuantas horas.

El Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos más arriba referido, diseña un panorama complejo de relaciones entre los distintos dispositivos que intervienen en la atención de los pacientes en situación terminal, en función de la complejidad asistencial de los mismos, con el objetivo puesto en la garantía de la continuidad asistencial.

El sistema sin embargo hace crisis por el obligado transcurrir de los pacientes por el itinerario asistencial de los servicios de urgencia hospitalarios, cuando son derivados a dichos centros. Teóricamente cuando estos pacientes son trasladados a los hospitales, habitualmente en medios de transporte sanitario de los dispositivos de cuidados críticos y urgencia, o de emergencias sanitarias; deberían ser inmediatamente clasificados para la asignación urgente del recurso oportuno.

Esta premisa sin embargo ha resultado sistemáticamente incumplida en los supuestos que hemos analizado, en los que la coordinación entre los equipos de atención a domicilio, y las unidades de cuidados paliativos hospitalarios, se limitan a contactos interpersonales en forma de llamadas telefónicas, que se resuelven en función de las circunstancias, impidiendo el “rescate” de estos pacientes del circuito normalizado de urgencias, y la aplicación de la priorización y la atención que precisan.

Así, en una de las tres quejas que hemos conocido el pasado ejercicio en las cuales esta Institución ha emitido Resolución, el paciente fue enviado al hospital para hacerse un TAC porque había perdido el habla, pero pasó un día entero en un pasillo de urgencias sin que llegaran a practicárselo, y se demoró por horas su regreso al domicilio porque no había ambulancias disponibles, y allí falleció al día siguiente. En los otros dos casos los pacientes fueron ingresados en observación de urgencias, donde uno falleció, y otro pasó su última noche consciente antes de ser derivado a un hospital concertado, en el que sobrevivió un día más, transcurriendo el tiempo en dicho dispositivo sin

acompañamiento de sus familiares, que fueron expresamente impedidos de acceder al mismo, más que en los escasos momentos regulados de visita.

La falta de acompañamiento de sus familiares en este último trance, es vivida por los interesados en las quejas con profundo dolor, y justificada por los centros hospitalarios con las consabidas alusiones a la sobrecarga asistencial. Ciertamente, tal y como se regula el derecho de acompañamiento en la Ley de Derechos y Garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte, el ejercicio del mismo debe compatibilizarse con las medidas sanitarias para ofrecer una atención sanitaria de calidad a los pacientes, pero ni la sobrecarga asistencial ni la escasez de espacios pueden esgrimirse genéricamente para impedir el ejercicio de un derecho que resulta perfectamente exigible, de manera que las limitaciones para su ejercicio deben ser absolutamente excepcionales, aparte de quedar debidamente justificadas.

Es más, aunque desde esta Institución consideramos que el derecho de acompañamiento por los familiares deriva directamente del derecho a la dignidad del paciente, por lo que estimamos que ya hace mucho tiempo que está instaurado en nuestro Ordenamiento Jurídico, ya antes de la promulgación de la Ley 2/2010, de 8 de Abril, la Administración Sanitaria Andaluza dictó una Resolución de 15.5.2009, de Garantía para la opción de acompañamiento de pacientes especialmente vulnerables con necesidad de atención sanitaria en centros hospitalarios, cuyo objetivo es garantizar el acompañamiento de los pacientes especialmente vulnerables que necesitan asistencia sanitaria, diagnóstica, o terapéutica, durante su estancia en un centro hospitalario de forma permanente durante las 24 horas del día.

Con esto no queremos significar que desde esta Institución desconozcamos la realidad material de la mayoría de los hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz en lo que a este aspecto se refiere. No en vano llevamos mucho tiempo preguntando en nuestras resoluciones, dónde deberían quedar emplazados en el área de urgencias los pacientes en situación de agonía, y qué procedimientos tendrían que instrumentarse para garantizar una muerte digna en este ámbito.

Por lo pronto pensamos que la situación de partida de los pacientes que se encuentran en situación terminal, revela un singular desvalimiento que hace aconsejable una recepción y un acompañamiento singularizado de los mismos por el proceso asistencial en urgencias, a través del diseño de un circuito específico, en el cual se potencie el aspecto de cuidados, y se eliminen los pasos intermedios cuando la situación se ha evaluado y el traslado se ha gestionado desde los medios convencionales o avanzados para la atención de cuidados paliativos.

Al mismo tiempo urge que den frutos los grupos de trabajo constituidos en los hospitales para adoptar las medidas que posibiliten el ejercicio de los derechos previstos en la normativa vigente para los usuarios en el proceso de muerte, y que se desechen impedimentos genéricos, a la par que habituales en la dinámica de trabajo de los servicios de urgencia hospitalarios, para negar el acompañamiento por los familiares en los últimos momentos.

En definitiva pensamos que la anhelada continuidad asistencial y la salvaguarda de los derechos de los pacientes que venimos invocando para la última etapa de su vida, no puede quedar supeditada a la casuística, la voluntad de los profesionales o las circunstancias del momento, sino que debe ser el resultado de una estrategia de

coordinación debidamente planificada y una disposición de medios específicamente destinados a este fin.

SECCIÓN SEGUNDA:
ANÁLISIS DE LAS CUESTIONES PLANTEADAS EN LAS
QUEJAS

IX. SALUD.

1. Introducción.

Aunque en la parcela sanitaria han sido numerosas las voces que vaticinaban para el año 2011 cambios sustanciales en el ámbito de gestión sanitaria (copago, privatizaciones, etc.), lo cierto es que tan sólo se han producido modificaciones legales insertas en el ámbito de las restricciones del gasto sanitario, de notable calado como se corresponden con el marco general de reducción del gasto y déficit público acometido por el Gobierno ante la persistencia y agravamiento de la crisis económica, sin que este aspecto haya tenido una significativa relevancia ni traslación a la casuística de las quejas en esta materia.

En este sentido cabe reseñar el Real Decreto-Ley 9/2011 de medidas para la mejora de la Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud (que modifica parcialmente la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos en aspectos relativos a la prescripción por principio activo y adecuación del contenido de los envases de los medicamentos a la duración de los tratamientos, etc.) y el Decreto-Ley 3/2011 de medidas urgentes sobre la prestación farmacéutica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, medidas todas ellas destinadas a reducir el crecimiento continuado y sostenido del gasto farmacéutico del sistema sanitario público.

Igualmente destacable es el Real Decreto 1039/2011, de 15 de Julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del SNS, garantías que se concretaron en el caso de Andalucía en los Decretos 209/2001 de garantía de plazo de respuesta quirúrgica y 96/2004 de garantía de respuesta en procesos asistenciales, primera consulta de especialista y procedimientos diagnósticos.

Por último la novedosa Ley 16/2011, de Salud Pública en Andalucía, la referimos en el apartado siguiente con ocasión de un concreto expediente de queja en materia de salud pública.

En todos los casos esta Institución despliega una actividad investigadora de los hechos acaecidos para, tras un análisis de los mismos y de los derechos constitucionales en liza, dictar las resoluciones que procedan en forma de Recordatorios de deberes legales, Sugerencias o Recomendaciones, no habiendo sido aceptadas las siguientes:

- Resolución relativa a “Falta de información sobre denuncia relativa a piscina municipal de Riotinto” dirigida a la Delegación Provincial de Salud en Huelva, en el curso de la **queja 10/1990**.

- Resolución relativa a “Derecho a conocer tramitación de expediente de consumo por el denunciante” dirigida a la Dirección General de Consumo de la Consejería de Salud en el curso de la **queja 10/3544**.

- Resolución relativa a “Asociaciones de consumidores como interesados en procedimiento sancionador” dirigida a la Dirección General de Consumo de la Consejería de Salud en el curso de la **queja 10/5359**.

- Resolución relativa a “Lista de espera de cirugía bariátrica” dirigida a la Dirección Gerencia del Hospital Regional de Málaga (Carlos Haya) en el curso de la **queja 10/2312**.

- Resolución relativa a “Consideración de las pelucas como prótesis y su financiación por el sistema público para las pacientes de cáncer” dirigida a la Consejería de Salud en el curso de la **queja 10/1432**.

- Resolución relativa a “Vulneración del derecho a la asistencia sanitaria en Residencia de ancianos” dirigida a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social en el curso de la **queja 09/2091**.

- Resolución relativa a “Derecho a obtener copia de documentos de expediente propio” dirigida a la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional de la Consejería de Salud en el curso de la **queja 10/2030**.

- Resolución relativa a “Retraso en el arbitraje” dirigida al Ayuntamiento de Granada en el curso de la **queja 09/3903**.

- Resolución relativa a “Quieren un médico las 24 horas” dirigida al Area de Gestión Sanitaria de Osuna en el curso de la **queja 11/500**.

Por el contrario, sí fueron asumidas las siguientes resoluciones:

- Resolución relativa a “Reintegro de gasto en prestación ortoprotésica” dirigida a la Empresa Pública Hospital de la Costa del Sol en el curso de la **queja 10/1791**.

- Resolución relativa a “Sin información sobre denuncia de infracciones en materia de consumo” dirigida a la Delegación Provincial de Salud en Cádiz en el curso de la **queja 10/4972**.

- Resolución relativa a “Trato denigrante de facultativo del centro de salud de El Real de la Jara” dirigida al Distrito de Atención Primaria Sevilla Norte en el curso de la **queja 10/2361**.

- Resolución relativa a “Inscripción de Testamento Vital” dirigida a la Consejería de Salud en el curso de la **queja 10/1017**.

- Resolución relativa a “Más de un año esperando intervención de vegetaciones” dirigida a la Delegación Provincial de Salud en Málaga en el curso de la **queja 09/5247**.

- Resolución relativa a “Denuncia actuación negligente en la atención sanitaria a una niña con problemas de salud mental” dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud en el curso de la **queja 10/1508**.

- Resolución relativa a “Madre desesperada con hija enferma mental y anoréxica” dirigida a la Delegación Provincial para la Igualdad y Bienestar Social de Granada, a la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental y al Hospital Universitario San Cecilio en el curso de la **queja 10/2311**.

- Resolución relativa a “No contestan reclamación de consumo presentada en la OMIC de La Línea de la Concepción” dirigida a Ayuntamiento de la Línea de la Concepción en el curso de la **queja 10/655**.

- Resolución relativa a “Demora en cita para resultados de colonoscopia” dirigida a Hospital Comarcal "Infanta Margarita" de Cabra en el curso de la **queja 10/5923**.

- Resolución relativa a “18 meses a la espera de intervención quirúrgica” dirigida a Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén en el curso de la **queja 10/5607**.

- Resolución relativa a “Perjuicio a la calidad del servicio sanitario” dirigida a la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud en el curso de la **queja 10/3331**.

- Resolución relativa a “Problema con libre elección de médico para atención de enfermería” dirigida al Distrito Sanitario Huelva-Costa en el curso de la **queja 10/6513**.

- Resolución relativa a “Maltrato y falta de asistencia psiquiátrica” dirigida al Hospital Regional "Virgen Macarena" en el curso de la **queja 10/1793**.

- Resolución relativa a “Reducción de la edad en el tratamiento de Atención Temprana” dirigida a la Consejería de Salud en el curso de la **queja 10/2362**.

- Resolución relativa a “Malas condiciones de hospitalización en la 2ª planta del hospital infantil” dirigida al Hospital Universitario Virgen del Rocío en el curso de la **queja 10/819**.

- Resolución relativa a “Denegación de solicitud de ayuda individual para gafas en la convocatoria anual” dirigida a la Delegada Provincial para Igualdad y Bienestar Social de Córdoba en el curso de la **queja 10/6518**.

- Resolución relativa a “Sin resolver recurso de resolución en expediente de responsabilidad patrimonial del SAS” dirigida al Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud en el curso de la **queja 10/216**.

- Resolución relativa a “Denegación de reintegro” dirigida al Hospital de Torrecardenas en el curso de la **queja 09/3512**.

En este ejercicio se han incoado respecto de las materias tratadas en el presente Capítulo, las siguientes quejas de oficio:

- **Queja 11/20** dirigida a la Consejería de Salud y los Ayuntamientos de Sevilla, Málaga y Granada, relativa a “Cumplimiento de la Ley Antitabaco”.

- **Queja 11/206** dirigida a la Delegación Provincial de Salud en Sevilla, relativa a “Brote de Sarampión”.

- **Queja 11/1969** dirigida al Area de Salud Mental Hospital Universitario Virgen del Rocío, relativa a “Estancia episódica de enferma mental en comunidad terapéutica”.

- **Queja 11/2692** dirigida a la Delegación Provincial de Salud en Sevilla, relativa a “Fallecimiento de tres personas por meningitis C en Mairena del Alcor”.

- **Queja 11/2986** en colaboración con la Defensora del Pueblo en Funciones, relativa a “Derechos del denunciante en el Procedimiento de Consumo”.

- **Queja 11/3356** dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud, relativa a “Nutrición enteral para pacientes con trastornos de la deglución que no porten sonda”.

- **Queja 11/3676** dirigida a la Hospital Regional de Málaga (Carlos Haya), relativa a “Fallecimiento de tres menores por fallo en mecanismo de circulación sanguínea”.

- **Queja 11/5229** dirigida a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, relativa a “Padres con hijos autistas denuncian como insuficiente el tiempo de atención que reciben sus hijos”.

2. Análisis de las quejas admitidas a trámite.

2. 1. *Derecho a la asistencia sanitaria.*

2. 1. 1. Salud Pública.

Sin duda resulta obligado destacar en este apartado la Ley 16/2011, de 23 de Diciembre de Salud Pública de Andalucía, norma que define su exposición de motivos como nuevo paradigma en el ámbito de la protección de la salud, caracterizado, en primer lugar, al considerar la responsabilidad y el autocontrol como bases sobre las que sustentar el papel de la empresa en un entorno globalizado, ampliando los tradicionales ámbitos de trabajo –salud ambiental y seguridad alimentaria– con otros con un claro impacto sobre los determinantes de salud, como son los relativos a la preservación de un entorno físico para el desarrollo de una vida saludable que afecte a los espacios públicos donde se desenvuelve la vida humana, sin olvidar la protección ante otros riesgos y fuentes de peligro derivados del efecto de la globalización o del nuevo contexto social donde se mueven las regiones desarrolladas. Igualmente toma como referencia un nuevo paradigma de lo que es la promoción de la salud, situando a la ciudadanía informada y responsable en el centro de las decisiones sobre su salud y su forma de vivir, y otorga el protagonismo a las personas, superando la visión de la ciudadanía como sujetos pasivos receptores de mensajes sobre vida saludable.

Estamos pues, ante una iniciativa legal que incide sobre la ciudadanía y la sociedad, situando a la salud al servicio de la ciudadanía, y a ésta en el eje central de las actuaciones de salud pública, reconociendo su protagonismo nuclear en esta materia.

Obligado resulta destacar en esta materia el expediente de **queja 09/1699** (cuya resolución es anterior a la citada Ley de Salud Pública), instado por la Plataforma Mesa de la Ría de Huelva (acompañando a su escrito un listado de 25.000 firmas) se expresa la gran sensibilidad social y demanda de la ciudadanía onubense sobre tres concretas pretensiones: la realización de un estudio epidemiológico sobre la Ría de Huelva,

el cese de los vertidos de fosfoyesos a la misma y la retirada de las cenizas radioactivas depositadas en las marismas de Mendaya, cuestiones que suscitan una gran preocupación por las posibles consecuencias para la salud en general de los habitantes de su entorno.

En relación a estas tres cuestiones, por esta Institución se puso en conocimiento de la citada Plataforma que la denuncia sólo sería objeto de trámite respecto a la primera de las pretensiones (estudio epidemiológico sobre la Ría), toda vez que las otras dos cuestiones, con independencia de su actual tramitación ante el Defensor del Pueblo Estatal (expediente 08011802) ya fueron tratadas en esta sede en el seno del expediente de **queja 08/2058**, de la que se derivaron consideraciones a la Consejería de Medio Ambiente en orden a la revocación de la autorización ambiental concedida a la empresa responsable.

En el mismo sentido, el Defensor del Pueblo ha dictado también una Sugerencia y un Recordatorio a la Administración autonómica así como un Recordatorio a la Administración estatal, a la vez que constata que los distintos estudios radiológicos y los programas de vigilancia instados por el Consejo de Seguridad Nuclear son adecuados y eficaces.

Por otro lado, en relación a las cuestiones medioambientales, la Comisión de Peticiones del Parlamento Europeo, a instancia de la Plataforma elevó a la Eurocámara, en fecha 15 de Julio de 2010, una serie de consideraciones y recomendaciones, algunas de las cuales incidían en la vertiente sanitaria, disponiendo lo siguiente:

“A pesar de los numerosos estudios científicos realizados en materia de epidemiología, radiología, toxicología y otras cuestiones, los miembros consideran que deberían ser complementados y coordinados a fin de demostrar la correlación específica entre el vertido de residuos peligrosos y su impacto en la salud pública.

Se debe realizar cuanto antes un estudio específico más detallado sobre las personas que trabajan en la industria local, con objeto de confirmar o desmentir la amplitud de la contaminación generada por la producción y los residuos de fosfoyeso, o de cualquier otra contaminación industrial. Sería especialmente útil contar con un registro de las enfermedades declaradas que puedan estar relacionadas con estas fuentes potenciales de contaminación.

Inclusión de estudio sobre las enfermedades relacionadas con el Síndrome de Fatiga Crónica o SQM (Sensibilidad Química Múltiple). Ante el gran número de casos que en relación a este tipo de enfermedades se dan en Huelva.”

Centrada pues, la cuestión en la pretensión ciudadana sobre la necesidad de que por las Administraciones públicas se lleven a cabo un estudio epidemiológico sobre la Ría de Huelva, desarrollado con todas las garantías temporales, técnicas y profesionales, que determine las causas de la gran mortalidad por distintos tipos de cáncer y enfermedades que se dan en la provincia de Huelva, como lo acreditan los estudios llevados a cabo por la Universidad Pompeu i Fabra de Barcelona, la Universidad Carlos III de Madrid y el Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), sobre este particular y dada la complejidad de la misma, por esta Defensoría se ha acudido a expertos de la Escuela Andaluza de Salud Pública, tanto en la materia como sobre las características de la zona, aportando su acreditado saber al respecto mediante la emisión de un informe sobre la

situación de la Ría de Huelva, informe que se asume por esta institución por su acierto y mejor fundamento de esta resolución, y que en buena parte se transcribe incorporándolo a este texto.

Admitida, pues, a trámite la queja por esa Consejería se nos informa inicialmente que a los estudios reseñados por la citada Plataforma hay que añadir otros estudios instados por ese departamento, de los que se destacan:

- Encuestas Andaluzas de Salud realizadas con carácter cuatrienal por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), con el objetivo de conocer la situación de salud y sus determinantes, en cada una de las provincias y en el conjunto de Andalucía, a fin de conocer el estado de salud percibida, estimar la prevalencia de los principales problemas de salud, la prevalencia del consumo de medicamentos y del tabaquismo, conocer los hábitos de consumo de tabaco y alcohol.

- Atlas de mortalidad de las capitales de provincia de Andalucía (1992-2002), editado por la EASP y la Consejería de Salud.

- Atlas de mortalidad de los municipios de Andalucía (1981-2005), editado por la EASP y la Consejería de Salud (proyecto que abarca un periodo de 25 años, que incluye un estudio de la tendencia de las tasas específicas -por grupos de edad- de mortalidad general y por causas en todos los municipios de Andalucía desde 1981, así como la identificación de los municipios andaluces que tengan tasas específicas de mortalidad, superiores, iguales e inferiores a las de España durante el periodo, tanto para la mortalidad general como para el conjunto de causas seleccionadas).

- *“Diagnóstico de la situación sanitaria del entorno de la Ría de Huelva”*, realizado en el marco del convenio de colaboración firmado en 2002 entre la Consejería de Salud y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), iniciativa que incluye:

- Un estudio de la mortalidad por cáncer en Huelva con respecto al resto de capitales andaluzas, en orden a comparar la mortalidad por cáncer en la Ría de Huelva con respecto al resto de las capitales de provincia andaluzas. Los resultados de este estudio son similares a otros realizados en los últimos años y ponen de manifiesto que el patrón de mortalidad en la provincia de Huelva, es el que corresponde al resto de España y de países europeos más desarrollados con las enfermedades cardiovasculares como primera causa de muerte, seguida de los tumores.
- Un estudio del nivel de exposición de la población de la Ría de Huelva a metales pesados y metaloides, con el objetivo de determinar el nivel de exposición a metales pesados y metaloides (arsénico, cromo, cadmio, níquel y cobre) de la población residente en la Ría de Huelva, en comparación con los habitantes del resto de capitales de las provincias de Andalucía, utilizando la orina como marcador biológico de exposición. Los resultados de este estudio concluyen que actualmente no existen diferencias relevantes entre los niveles de metales pesados entre la población de la Ría de Huelva y el resto de capitales de provincia de Andalucía.

- Creación de equipos de trabajo destinados al Registro del Cáncer para el estudio de las principales fuentes de datos disponibles en la provincia (fundamentalmente los informes de Anatomía Patológica y los informes de altas hospitalarias –CMBD-).

Los estudios epidemiológicos realizados en la zona, están disponibles para la ciudadanía, a través de páginas web como son las de la EASP: <http://www.easp.es/web/biblioteca/publicaciones.asp>, o la del CSIC: http://www.csic.es/ria_huelva.i.do, o la del Observatorio de Salud y de Medio Ambiente de Andalucía: <http://www.osman.es/bibliografia/andalucia> [...]

Por otro lado informaba de la puesta en marcha en 2008 del Registro en las provincias de Huelva y Sevilla.

Por la Plataforma, en trámite de alegaciones, se afirma que, sin restar importancia y con independencia de que distintos informes y el registro de cáncer puesto en marcha evidencian que se hacen avances sobre los distintos aspectos que rodean esta compleja cuestión, lo cierto es que es preciso proseguir y ampliar los estudios epidemiológicos en el sentido de establecer la causalidad, y no sólo la incidencia en la descripción de la realidad, así como un documento de síntesis que determine con claridad las conclusiones.

Así, en relación al cáncer, se viene a señalar por la Plataforma la necesidad de que con los datos que se hayan obtenido en el periodo 2007-2010 se lleven a cabo las investigaciones epidemiológicas pertinentes.

En lo que a los metales pesados se refiere se señala que los estudios llevados a cabo por el CSIC (*“Diagnóstico de la situación sanitaria del entorno de la Ría de Huelva”* y el *“Estudio del nivel de exposición de la población de la Ría de Huelva a metales pesados y metaloides”*), se utilizó la orina como marcador biológico, siendo necesario utilizar otros marcadores biológicos más fiables (como el pelo y las uñas).

Por otro lado, respecto los elementos contaminantes, el estudio a llevar a cabo debe tener un carácter multifactorial y no el más limitado univariante llevado a cabo. Por último se señala que ninguno de los estudios epidemiológicos se han centrado exclusivamente en Huelva y su entorno.

En definitiva, se viene a afirmar por la Plataforma que ninguno de los estudios se centra en investigar las causas de la mortalidad, sino las patologías de la población asentada en los márgenes de la Ría de Huelva, sin perjuicio de que determinadas patologías no han sido objeto de estudio alguno (asma, alergias, etc.).

Finalmente se incorpora al expediente las principales *“Conclusiones y Recomendaciones”* realizadas en el *“Seminario sobre estudios epidemiológicos en el Suroeste español y zonas industrializadas de Cádiz y Huelva”*, celebrado en Algeciras en Diciembre de 2007, en el que participaron un nutrido grupo de profesionales expertos en mortalidad, medio ambiente y salud pública, de entre los cuales se encontraban los principales autores de los atlas de mortalidad citados anteriormente.

En base a este planteamiento esta Institución recabó la colaboración de cualificados profesionales en la materia epidemiológica y de salud pública, a la vez que conocedores de la problemática ambiental y sanitaria del entorno de la Ría de Huelva.

Este grupo de trabajo llevó a cabo un exhaustivo balance de la situación sobre esta cuestión, constatando que los estudios ambientales de la Ría de Huelva con una posible relevancia para la salud de la población, así como los estudios epidemiológicos sobre posibles riesgos ambientales no han llegado a conclusiones definitivas sobre las causas de mortalidad en dicho ámbito territorial, sin que por ello pueda afirmarse que existe pasividad por parte de la Administración pública, pudiéndose destacar los siguientes avances:

- Por una parte se ha elaborado un Plan Andaluz de Salud Ambiental 2008-2012, suscrito por la Consejería de Salud y la Consejería de Medio Ambiente, con actuaciones específicas que facilitan la cooperación entre ambas Administraciones.

- Se ha creado el Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía (OSMAN), como un instrumento cuyos objetivos son entre otros, promover la investigación sobre los riesgos ambientales para la salud, facilitar la comunicación y la información sobre riesgos ambientales a la población y a los profesionales y sectores implicados, y realizar un seguimiento de las inquietudes y expectativas en zonas especialmente sensibles como las áreas industriales andaluzas. Por lo tanto, el instrumento de apoyo técnico-científico e institucional para gestionar la situación de la ría de Huelva está disponible.

- Se ha creado un Registro de Cáncer de Andalucía, con una unidad Huelva (y otras en otras zonas de Andalucía), que ha comenzado a producir información de alta calidad sobre la incidencia y la distribución de diferentes cánceres en la zona de la ría.

- Se están organizando e introduciendo nuevos sistemas de información, entre ellos el AIMA (Atlas Interactivo de Mortalidad en Andalucía), y se han mejorado los sistemas de alerta en la zona.

En particular, sobre la situación ambiental de la Ría y del exceso de mortalidad cabe concluir lo siguiente:

a) Sobre la situación ambiental de la Ría de Huelva.

Desde el “*Diagnóstico sobre la situación ambiental y sanitaria del entorno de la Ría de Huelva*” (2004) se ha seguido registrando y estudiando información sobre la ría, pudiéndose destacar algunos estudios que continúan constatando las condiciones ambientales en la zona. Algunos de ellos tienen relevancia desde el punto de vista sanitario. Por una parte, los niveles de los principales contaminantes (partículas, SO₂, NO_x, CO) son los habituales en zonas urbanas andaluzas o españolas. Existen con mayor frecuencia episodios de ozono elevado, muy influidos por la localización y condiciones climáticas de la zona. Algunos estudios contribuyen a mejorar el conocimiento de la dinámica y composición de las partículas atmosféricas en la zona. Esta composición química refleja el carácter urbano-industrial de la zona, y es similar a otras zonas y ciudades urbano-industriales españolas. De entre los elementos que contienen las partículas destaca el arsénico, por estar en niveles más altos, aunque dentro de la normativa vigente al respecto. Sobre otros

compuestos químicos, como los “*contaminantes orgánicos persistentes*” la información disponible es la que se incluyó en el “*Diagnóstico*” citado.

En cuanto a los estudios en salud, aquellos que han analizado la relación entre industria y mortalidad han encontrado que no hay asociación con ninguna causa específica para las mujeres, ni para la inmensa mayoría de causas específicas para los hombres. El diseño de estos estudios limita la validez de sus resultados. También, en algunos estudios exploratorios entre trabajadores se sugiere la posibilidad de una exposición “*relevante*” de estos/as a algunas sustancias tóxicas. Los resultados son difíciles de valorar dado el pequeño número de sujetos participantes y su carácter todavía incipiente.

Finalmente, según informes de los organismos competentes, las balsas de fosfoyesos o las cenizas no representan un peligro desde el punto de vista de las radiaciones.

En definitiva, en la zona hay presencia de sustancias químicas propias de áreas urbano-industriales. Muchas de ellas son tóxicas o hay evidencia de su posible toxicidad. La información disponible sobre los niveles ambientales de estas sustancias indican que se encuentran dentro de la normativa, por debajo de los valores límites o guía establecidos. En los que se ha evaluado la exposición poblacional, arsénico y algunos metales, los resultados indican que los niveles de exposición son similares a los de otras capitales andaluzas.

A pesar de los resultados de los estudios, la presencia de sustancias contaminantes y siendo muchas de ellas tóxicas, aún en concentraciones relativamente pequeñas, representa un potencial riesgo para la salud, aunque este sea pequeño, hasta el punto de que de producirse algún daño para la salud, sea difícil de detectar. Concretamente, aunque los niveles de las sustancias tóxicas no son elevados, de forma aislada, la interacción de los efectos de algunas o de muchas de estas sustancias podrían generar un riesgo para la salud más importante que el actual.

Por otra parte, se debe considerar la vulnerabilidad de algunos grupos de la población, que podrían ser más susceptibles al efecto de las sustancias contaminantes (niños, personas que padecen ciertas enfermedades crónicas, o personas mayores, que en los años 70 y 80 hayan podido sufrir los niveles elevados de contaminación habituales de la época).

Cabe añadir que en Huelva algunos de los “*estilos de vida*” prevalentes se alejan de pautas saludables. Estos riesgos, vinculados al tabaquismo, dieta, etc, pueden interactuar con la contaminación ambiental, y contribuir por tanto a reforzarse mutuamente.

Un aspecto que debería considerarse de forma especial son los trabajadores de la industria. Tal y como sugiere algún estudio, es posible que estén expuestos a niveles elevados de exposición.

En el “*Diagnóstico*”, se le recomendó a la Junta de Andalucía “establecer un sistema de vigilancia en Salud Pública en la Ría de Huelva como plan de previsión”, sistema que se ha traducido en el registro de cáncer, el OSMAN y la mejora de los sistemas de información que actualmente están en funcionamiento.

b) El exceso de mortalidad en el occidente andaluz.

Con respecto al exceso de mortalidad que existe en el occidente andaluz desde hace décadas, y en donde está incluida la ría de Huelva, las conclusiones, actualizadas con la información última disponible son:

El exceso de mortalidad, incluido para el cáncer, está descrito desde antes de la existencia de los polos industriales.

No hay una asociación clara de municipios con exceso de mortalidad y la presencia de industrias contaminantes.

No hay estudios que permitan conocer las causas de dicho exceso. La información disponible sugiere que dicho exceso puede deberse a una combinación de factores sociales, ambientales, estilos de vida, ocupacionales, de los servicios sanitarios, e incluso, errores o limitaciones de las metodologías empleadas.

El exceso afecta de forma fundamental a las personas mayores de 65 años.

Las consideraciones y conclusiones expuestas, derivadas de los datos que nos suministran los estudios ambientales y epidemiológicos descritos y desde una perspectiva de salud pública tendente a minimizar los riesgos y daños a la salud en la ría de Huelva, lleva a esta Defensoría a realizar a la Consejera de Salud las siguientes **Sugerencia y Recomendación:**

a) En relación a la situación ambiental de la Ría de Huelva.

“1. Continuar implementando el sistema de vigilancia en Salud Pública en la Ría de Huelva.

2. Actualizar el “Diagnóstico” o más específicamente, alguno de los estudios del “Diagnóstico”, considerando los años que han pasado, e incorporando las innovaciones y avances en el conocimiento y en las técnicas científicas de los últimos años. En esta ocasión siguiendo un marco teórico utilizable en salud pública, como la metodología norteamericana de “Evaluación de Salud Pública (Public Health Assessment)” de la ATSDR (Agency for Toxic Substances and Disease Registry) del gobierno de los Estados Unidos, u otra similar (ya que se carece de una a nivel europeo), con un enfoque principal a evaluar el impacto en salud de la contaminación, y no tanto a evaluar las condiciones ambientales, promoviendo la participación ciudadana, en orden a mejorar la comunicación de los riesgos ambientales y a gestionar la incertidumbre científica, incorporar la información sobre la percepción del riesgo de los ciudadanos a la investigación y analizar los factores asociados a dicha percepción social, y promover la formación y educación en salud ambiental.

3. Organizar un programa continuo de biomonitorización de los niveles de exposición a contaminantes en la población, que contribuya a establecer niveles de referencia y posibilitar la detección precoz de daños a la salud.

4. Considerar la dieta como una posible fuente de exposición a sustancias contaminantes, y por tanto desarrollar los estudios pertinentes para evaluar la presencia de contaminantes en alimentos.

5. Dilucidar de forma más precisa la composición de las partículas, estudiando con precisión el impacto real de las mismas: bajo que condiciones climatológicas, con que frecuencia, con qué alcance, y en que lugares de la ría, impactan partículas finas y ultrafinas, y con que carga contaminante. A ello, para mejorar la evaluación del riesgo, debería añadirse el estudio simultáneo en esas zonas de los niveles de exposición de la población, a través de biomarcadores.

6. Asimismo, deberían utilizarse las ventajas del marco normativo actual para hacer los estudios pertinentes de la exposición laboral en la industria de la ría, a la vista de los estudios preliminares.

7. Promover y potenciar las líneas de investigación en salud por las instituciones de la zona, tendentes a mejorar el conocimiento sobre la relación entre riesgos ambientales y efectos en salud.

8. Implicar a los/las profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía en la problemática de la ría, para que colaboren en su gestión, tanto desde el punto de vista de la vigilancia de la salud, como de la difusión y transmisión de información científicamente rigurosa y veraz a la población.”

b) En relación al exceso de mortalidad en el occidente de Andalucía, con fundamento en las conclusiones del Seminario de Algeciras, proponemos las siguientes recomendaciones:

“Realizar estudios etiológicos de base individual que permitan identificar los principales factores causantes del exceso de mortalidad, y evitar aventurar hipótesis sin contrastar. Dichos estudios deberían considerar todos los factores posibles, estilos de vida, riesgos ambientales y laborales, factores socioeconómicos, la dieta, la calidad de la asistencia sanitaria, y otros.

Estudiar el posible impacto de la forma de desarrollo social y económico desde la perspectiva histórica y su posible impacto en la salud y mortalidad actuales. Promover la consideración del impacto de los factores sociales y económicos en la salud de la población.

Desarrollar una línea de investigación sobre el impacto de las condiciones de trabajo y riesgos laborales sobre la salud en Andalucía, dada la falta tan acusada de información. Asimismo, recabar información útil epidemiológicamente de los trabajadores de la industria.

Y en las zonas industrializadas desarrollar una estrategia de investigación en salud ambiental específica, coordinada entre salud y medio ambiente.”

En esta queja aunque se ha recibido la contestación por parte de la Consejería de Salud, la complejidad del tema ha motivado un nuevo trámite de alegaciones sucesivas por ambas partes, encontrándonos a la espera de que la Administración se pronuncie

respecto de las apreciaciones de los reclamantes a fin de decidir definitivamente sobre su aceptación de los términos de nuestra resolución.

2. 1. 2. Atención Primaria.

Si en las décadas anteriores en las cuestiones relativas a la Atención Primaria destacaban los aspectos relativos a la implantación y desarrollo de la reforma de este nivel, periodo en el que se evidenciaron las carencias y disfunciones del mismo, en estos últimos años, una vez completada la reforma, delimitada su cartera de servicios así como la organización y funcionamiento de la red de recursos que la integran, prevalecen ahora las cuestiones relativas a aspectos de mejora de estos (accesibilidad, dotación de personal, etc.).

No obstante, aun habiéndose desarrollado una tupida red de centros de atención primaria por toda la geografía andaluza, lo cierto es que persisten deficiencias en lo referente a la atención de urgencias y emergencias sanitarias en este nivel, poniendo dudas en la eficacia del sistema. En unos casos se ponen en tela de juicio desde una perspectiva general la suficiencia de medios personales y materiales que sirven a este objetivo, mientras que otras se motivan en episodios concretos de demanda asistencial, en las que la descoordinación o la demora de la atención ha tenido consecuencias negativas en cuanto a las posibilidades de tratamiento y recuperación de la salud del paciente.

En el Informe Anual al Parlamento correspondiente a 2005 reflexionábamos sobre esta cuestión en el apartado de derechos, cuestionándonos la posibilidad de efectuar una medida de la suficiencia de medios en el ámbito sanitario, como la que en este y otros casos se nos plantea. Como ya hemos puesto de manifiesto en ocasiones anteriores, se hace realmente difícil llevar a cabo un pronunciamiento sobre este aspecto, pues hablamos de un sistema condicionado por un presupuesto limitado y con una cobertura universalizada. Ahora bien, con ello no queremos decir que el sistema sea óptimo, pues el mismo diseño que lo inspira da lugar a un resultado de atención heterogénea y desigual, de manera que en la percepción del ciudadano existen en este aspecto diferencias de trato que no entiende justificadas.

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

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

Con carácter general se acude al modelo de atención continuada de manera que la asistencia de esta naturaleza se desarrolla por los propios integrantes del Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP) que se organizan mediante un sistema de turnos en uno o varios puntos de la Zona Básica de Salud (ZBS) con carácter permanente o temporal. En

todos los casos estos dispositivos deben atender las urgencias y emergencias tanto en sus propias consultas como fuera de su sede, ya sea en el domicilio del paciente o en la vía pública.

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

También abunda en este objetivo la dotación con equipos móviles operativos para la atención de urgencias y emergencias las 24 horas, con personal específico y ambulancia medicalizada, los cuales si bien al momento de abordar esta cuestión en el Informe Anual aún no se extendían al conjunto de la población, ahora podríamos decir que prácticamente todos los territorios se encuentran en el ámbito de cobertura de alguno de ellos.

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

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

En esta tesitura en muchas poblaciones alejadas o dispersas, y a pesar de su escasa capacidad de resolución, se echa de menos al médico rural, y en general se vive mal no contar con efectivos propios para resolver estas situaciones.

Ahora bien como punto de partida tenemos que posicionarnos en contra de volver al sistema tradicional del “*médico del pueblo*”, residente en el mismo durante las 24 horas del día, actuando conforme a un esquema actualmente superado, ni siquiera si tenemos en cuenta que se han incrementado considerablemente los recursos materiales de los centros de salud. Estimamos que en todo caso sus posibilidades de resolución de los episodios más graves es muy limitada, y que no puede resultar equiparable a un entramado coordinado de medios que van avanzando en complejidad y opciones de atención.

Ejemplo de lo dicho lo tenemos en el expediente de **queja 11/500** planteado por el Ayuntamiento de Badolatosa, para hacernos partícipe de la necesidad que presentaba la localidad referida, de “*disponer de unos servicios sanitarios eficaces y próximos que garanticen al ciudadano una calidad de vida*”, para lo que consideraba necesario la

asistencia sanitaria las 24 horas, haciendo extensiva esta exigencia a la Gerencia del Área Sanitaria de Osuna.

El motivo inmediato de esta petición radicaba en un concreto suceso, cuando un vecino de la localidad sufrió un infarto, y por la falta de medios para la atención sanitaria urgente falleció mientras era trasladado al dispositivo de urgencias del centro de salud de Estepa, distante 25 km. del municipio.

Por nuestra parte solicitamos informe al respecto a la Gerencia del Área de Gestión Sanitaria de Osuna, que nos envió un escrito explicativo de los medios con los que cuenta Badolatosa para la atención sanitaria ordinaria y urgente, entendiendo adecuados los mismos a las características de la población, que cuenta con algo más de 3.000 habitantes.

Así nos explicaba que la localidad tiene un consultorio de reciente construcción en su núcleo principal, al que se añade otro auxiliar en Corcoya, el cual viene siendo atendido en jornada de 8 a 15 horas por un médico a jornada completa y otro a media jornada (la otra media la desarrolla en el consultorio de Corcoya), personal de enfermería en idénticas condiciones, y un pediatra a media jornada.

De esta manera durante el horario de atención del consultorio local, la atención sanitaria urgente se presta en el mismo, el cual cuenta con electrocardiógrafo, espirómetro y desfibrilador semiautomático, además de todo lo necesario para atender una parada cardiorrespiratoria. Fuera de este horario el informe señala que las urgencias se atienden, previa activación, por un equipo móvil integrado por médico-enfermero y técnico sanitario, que cuenta con ambulancia de soporte vital avanzado, que se encuentra centralizado en el centro de salud de Estepa, aparte de los propios recursos del DCCU ubicado en el referido centro de salud, donde al parecer están disponibles tres equipos de manera simultánea.

Se afirma que los tiempos medios de respuesta para las prioridades 1 y 2 en Badolatosa son de 15 minutos aproximadamente, y en relación con la demanda de pediatría se señala que en el consultorio local atiende un médico en funciones de pediatra durante media jornada, con formación adecuada para atender a la población infantil, alegando las consabidas dificultades para la cobertura de estas plazas por especialistas, hasta el punto de la renuncia de algunos que habían obtenido plaza en propiedad en la OPE.

Por lo demás, y en cuanto al caso concreto relatado, la Administración Sanitaria esgrime que en ningún momento existió demanda de asistencia al centro coordinador de urgencias ni tampoco al centro de salud de Estepa, sino que se procedió al traslado del paciente con los medios propios de la familia sin que los servicios de salud tuvieran en ningún momento conocimiento de lo que estaba ocurriendo. En este orden de cosas el médico de urgencia en Estepa sólo pudo comprobar que el paciente había fallecido, cuando llegaron al centro.

Sobre este aspecto de todas manera puntualiza que los fallecimientos por infarto agudo de miocardio son muy frecuentes, y que los episodios sucesivos tras un primer ataque son aún más letales, con independencia de la asistencia que se le pueda facilitar al paciente en cada caso.

Nos adentramos ahora en la organización de la atención sanitaria urgente en el municipio de Badolatosa, la cual según el informe administrativo se proporciona desde el

mismo consultorio local en horario de 8 a 15 horas, y a partir de este momento, por equipo móvil ubicado en el centro de salud de Estepa con tiempo medio de respuesta en torno a quince minutos. A lo anterior se une la posibilidad de prestar asistencia en el propio centro de salud de Estepa donde está centralizada la atención sanitaria urgente con tres equipos simultáneos.

El municipio de Badolatosa pertenece a la Zona Básica de Salud de Estepa, en la que también se integran las localidades de Casariche, Herrera, Lora de Estepa, Marinaleda (Matarredonda), Gilena, La Roda de Andalucía, y Pedrera. Los medios de atención urgente ubicados en Estepa asisten a un conjunto de población que asciende a 45.000 habitantes, siendo la zona básica de salud más poblada y dispersa de esa área de gestión sanitaria.

Si tenemos en cuenta los datos que disponemos del cuestionario remitido por esa Gerencia en cuanto a los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de la zona, que datan ya de un par de años atrás, observamos un punto principal de discrepancia respecto de los que ahora nos remite esa Administración, generándose un interrogante sobre la realidad de los medios actuales con consecuencias muy significativas respecto a esta particular evaluación.

Así en el referido cuestionado se cumplimenta el apartado de dotación de equipos móviles relativos a la ZBS de Estepa con dos unidades, de las cuales una estaría operativa permanentemente, y la otra solo lo haría en horario de 15 a 8 horas; mientras que en el informe que se emite con objeto de esta queja sólo se alude a una unidad de estas características. Otra cuestión que tampoco aparece clara es la relativa a la dotación con ambulancias pertenecientes a la red de transporte urgente (al margen de las ambulancias SVA de los equipos móviles), pues las dos unidades que se refieren se centralizan en Osuna y Marchena exclusivamente.

A la vista de estas dudas sobre los efectivos reales de la ZBS que estamos considerando, y por tanto con precauciones añadidas a las que deben acompañar toda comparación, hay algunos aspectos que nos gustaría destacar.

Y es que ateniéndonos exclusivamente al dato de la población, partiendo de que no es el único significativo, pero teniendo en cuenta también que la ZBS de Estepa, como hemos referido anteriormente, es la que agrupa más localidades, algunas de las cuales también presentan las cronas más elevadas al hospital de referencia, nos encontramos con que a excepción de la ZBS de La Puebla de Cazalla, que no dispone de equipo móvil, las demás zonas básicas de salud de esa área de gestión sanitaria disponen de un equipo (Marchena tiene asignados dos) con distintos horarios de atención, pero en todo caso para conjuntos de población bastante inferiores: El Sacucejo: 14.055 hab.; La Luisiana: 15.118 hab.; Osuna: 27.358 hab.; Marchena: 19.497 hab. y Écija, que es la única que se aproxima, con 40.143 hab.

Se da la circunstancia de que en algunas localidades cabecera de estas zonas básicas de salud (Osuna y Écija) hay presencia de centros hospitalarios con servicios de urgencia, y aunque los mismos vengán a sustituir a los DCCU, no se puede negar que también implican un plus asistencial.

Sí coinciden el informe de la queja y el cuestionario aludido en cuanto al tiempo medio de respuesta para las asistencias en Badolatosa, que se sitúa en torno a 15 minutos,

siendo cierto que en casi todos los documentos consultados sitúan la respuesta adecuada para la demanda urgente en dicho plazo, aunque en el Plan de atención a las Cardiopatías se cifra en 10 minutos el tiempo para la asistencia médica en el caso de dolor torácico persistente potencialmente grave.

Pero es que respecto de dicho tiempo tenemos la sospecha que se calcula con carácter genérico por equiparación a la crona del desplazamiento entre Badolatosa y Estepa, pero que no responde al análisis estadístico del tiempo que se ha empleado para acceder al paciente en los casos en los que se ha demandado la atención urgente desde Badolatosa, referido a un período determinado, que es el que nosotros demandábamos en el cuestionario.

Las demandas simultáneas de dicha atención no son infrecuentes, por lo que si al realizar la misma el equipo móvil no está disponible, es preciso activar la segunda e incluso la tercera opción prevista en el plan operativo del Distrito, incrementándose lógicamente los tiempos de asistencia en estos casos, puesto que aunque desconocemos dichas opciones en concreto, necesariamente han de proceder de otras zonas básicas de salud. Por este motivo sería interesante conocer cuál es el tiempo de respuesta como media real de las intervenciones efectivamente realizadas, así como el porcentaje de activación de los recursos planificados como alternativa cuando no está disponible la primera opción.

De la información reflejada en el cuestionario también se derivan diferencias en cuanto al horario de funcionamiento de los consultorios locales de la zona, pues en algunos casos como Badolatosa la actividad se desarrolla de 8 a 15 horas (también Lora de Estepa, Marinaleda y Matarredonda, Casariche, Gilena y Pedrera), pero en otros se extiende desde las 8 hasta las 20 horas (Estepa, Herrera y La Roda de Andalucía), prolongándose de esta manera también los medios para la atención urgente en estos municipios. Es verdad que estos últimos tienen mayor índice de población que Badolatosa, pero también hay localidades en el área de gestión sanitaria que tiene asignado en el cuestionario este horario de apertura y poseen un número de habitantes similar (El Rubio: 3.569 hab.).

En última instancia la no disponibilidad de ambulancias de la red de transporte urgente en Estepa, obligaría al desplazamiento desde Osuna en caso de necesidad, y al mismo tiempo entendemos que elimina la opción de que los equipos de atención a urgencias que permanecen en el DCCU de Estepa, puedan “movilizarse”, de ser preciso, utilizando una ambulancia convencional para la atención de urgencia en Badolatosa y el resto de las localidades de la zona básica de salud.

En definitiva que las dudas que mantenemos por la insuficiencia de información y la discrepancia respecto de la que poseíamos no permite alcanzar conclusiones válidas que pudieran sustentar nuestras Recomendaciones o Sugerencias en este ámbito.

Por otro lado ya hemos manifestado que es difícil realizar un juicio de suficiencia cuando partimos de un presupuesto limitado, por lo que todo se reduce a tratar de optimizar los recursos existentes; pero ello no nos impide considerar que la situación actual puede ser mejorada.

Por eso nos parece oportuno, teniendo en cuenta las consideraciones que hemos realizado en este punto y la insatisfacción de la población, que por la Coordinación del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias se revise la ordenación actual para la atención a urgencias y emergencias en la ZBS de Estepa, y específicamente en el municipio

de Badolatosa, evaluando la actividad y demás indicadores que deban tenerse en cuenta, a fin de valorar la posibilidad de disponer cambios que permitan intensificar los medios de atención a urgencias en la localidad.

A la vista de todo ello, decidimos elevar a la Gerencia del Área de Gestión Sanitaria de Osuna la siguiente **Sugerencia**:

“Que se revise la ordenación actual para la atención a urgencias y emergencias en la ZBS de Estepa, y específicamente en el municipio de Badolatosa, a fin de valorar la posibilidad de disponer cambios estructurales u organizativos que permitan intensificar los medios de atención a urgencias en la localidad.

Que se evalúe el nivel de conocimiento de la población de Badolatosa sobre los medios disponibles para la atención sanitaria a urgencias en el municipio y la manera de acceder a los mismos, y en función de los resultados obtenidos, se lleve a cabo una labor divulgativa entre los vecinos sobre estos aspectos.

Que se lleven a cabo a la mayor brevedad las acciones formativas sobre el uso del desfibrilador para los vecinos de Badolatosa y se garantice la accesibilidad del dispositivo por parte de quienes están capacitados para utilizarlo fuera del horario de funcionamiento del consultorio local.”

En cuanto a la respuesta recibida en relación con nuestras Sugerencias, bien podría entenderse que la segunda y tercera han sido asumidas, pues en la tónica de lo que reflejábamos en aquéllas, se nos informa que se ha implementado la información sobre la manera de demandar la asistencia sanitaria urgente, mediante cartelería, folletos y otros medios de difusión; mientras que por otro lado se refiere la disponibilidad del desfibrilador para su utilización por personal formado para ello, y el inicio de los cursos para el personal no sanitario.

Sin embargo, por lo que respecta a la primera Sugerencia, comprobamos por el relato del informe, que los medios puestos al servicio de la atención urgente en la localidad de Badolatosa, son los mismos que tuvimos en cuenta para la elaboración de nuestra resolución, puesto que tras analizarse la ordenación de la asistencia sanitaria urgente en la ZBS de Estepa, la Administración Sanitaria ha considerado que los mismos son suficientes y adecuados, de manera que al tratarse de la cuestión principal nos hemos visto obligados a considerar que en términos generales la Resolución no ha sido aceptada.

El otro aspecto apuntado en este apartado es el relativo a la mejora de la accesibilidad a los centros de salud lo tenemos en el expediente de **queja 10/3189**, promovido por la Asociación de Vecinos “Las Albarizas”, la cual denunciaba las deficiencias del Centro de Salud de Las Albarizas de Marbella, consistentes en:

- En cuanto al edificio: presencia de barreras arquitectónicas, falta de ventilación en sala de espera, deficiente iluminación exterior y reducido espacio en sala de extracción y falta de modernización del equipamiento.

- En cuanto al personal: insuficiencia del mismo (listas de espera).

Admitida a trámite la citada denuncia, por la Consejera de Salud y por la Delegación Provincial de Salud de Málaga se hace una exhaustiva exposición de los recursos sanitarios del Distrito Sanitario.

“Según el último censo elaborado por el INE, Marbella tiene una población de 134.623 habitantes. Para atender a esta población, el municipio cuenta con 3 Centros de Salud- Las Albarizas, Leganitos y San Pedro-, y otros 2 en proyecto: San Pedro de Alcántara II y Albarizas II, éste último pendiente de que el Ayuntamiento ponga a disposición de Salud la parcela necesaria.

El centro de salud de Las Albarizas atiende a una población de 45.521 personas. La media de TICS de los médicos de familia es de 1.677, por debajo de la media del Distrito y en consonancia con la cifra recomendada por sociedades científicas.

En estos 3 últimos años, las inversiones en conservación y mantenimiento del Centro de Salud, rondan el medio millón de euros, habiéndose creado además, 5 nuevas consultas. Actualmente el centro cuenta con 27 consultas, a las que hay que sumar las 4 de Salud Mental.

El Centro de Salud cuenta con una Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias, constituida por tres equipos. Además en el centro de salud de San Pedro de Alcántara hay otra unidad que cuenta, además, con un dispositivo de UVI móvil del 061, todos coordinados por el Centro Provincial de Urgencias y Emergencias Sanitarias.

El Centro de Salud de Las Albarizas dispone de un ascensor y diversas rampas para asegurar la accesibilidad de todos los ciudadanos. No obstante, y aún existiendo escalones (...) no se pueden eliminar porque las actuales condiciones del edificio impiden la construcción allí de una rampa de acceso, razón por la cual, cuando algún usuario con capacidad de movilidad reducida necesita acudir a una de esas consultas, son los profesionales sanitarios quienes se desplazan a otra consulta de fácil acceso, habilitadas para tal caso.

Por nuestra parte, y dentro de las posibilidades que tiene el Centro, debido a los distintos niveles de construcción del edificio (se tendrían que hacer actuaciones de mucho coste y pobres resultados), se están realizando actuaciones puntuales que servirán para adecuar, mejorar y renovar su imagen.”

Como en todas las quejas de esta naturaleza, sobre insuficiencias de los recursos sanitarios (estructurales, de equipamiento, personal, etc.), asignados en un determinado territorio de Andalucía, aquí ceñido al Centro de Salud Las Albarizas de Marbella, se nos plantea la doble dificultad que supone el carecer de parámetros de referencia en esta materia (más allá de los cupos de población asignada a los médicos de familia) y, por otra, que los recursos existentes siempre son susceptibles de ser mejorados en orden a una asistencia sanitaria de mayor calidad.

Por otro lado desconocemos el flujo de pacientes que traigan causa de las insuficiencias de este Centro, y que por tal circunstancia son derivados hacia el Hospital

Costa del Sol u otros Centros Sanitarios de mayor nivel, o bien se corresponde con las exigencias de la naturaleza y/o gravedad de las patologías.

Es por ello que nuestra actuación en estos casos forzosamente ha de atenerse a los estándares existentes y a que por la Administración sanitaria se cumplan las previsiones y compromisos que al respecto se haya realizado, y en este sentido nos postulamos a favor de que se desarrollen y ejecuten los proyectos de los dos nuevos Centros de Salud programados para dicha localidad (Centro de Salud de Alcántara II y Albarizas II), instando en este sentido a las Administraciones implicadas.

A la vista de todo ello se formula la siguiente **Recomendación**:

- A la Delegación Provincial de Salud de Málaga

“Que se lleven a cabo las actuaciones necesarias en orden a la Construcción del nuevo Centro de Salud Alcántara II.

Que se coordine con el Ayuntamiento de Marbella en orden a la puesta a disposición de la parcela de terreno necesaria para la construcción del nuevo Centro de Salud Las Albarizas II.”

- Al Ayuntamiento de Marbella

“Que con la mayor diligencia posible se ponga a disposición de la Consejería de Salud una parcela idónea para la construcción del nuevo Centro de Salud Las Albarizas II.”

En este caso aún no hemos recibido la respuesta comprometida por las dos Administraciones afectadas, por lo que daremos cuenta de la finalización del expediente de queja en el Informe próximo.

2. 1. 3. Atención Especializada.

2. 1. 3. 1. Demoras asistenciales.

Como hemos expuesto al comienzo de este capítulo del informe, a pesar de que hasta el año 2011, por Real Decreto 1039/2011, de 15 de Julio, se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del SNS, las garantías a este respecto se concretaron y anticiparon en Andalucía en los Decretos 209/2001 de garantía de plazo de respuesta quirúrgica y 96/2004 de garantía de respuesta en procesos asistenciales, primera consulta de especialista y procedimientos diagnósticos. No obstante persisten en el día a día de la actividad asistencial del Sistema Sanitario Público de Andalucía casos en que las demoras, más allá de los plazos de garantía establecidos, exceden de lo razonablemente justificable y soportable.

En no pocos casos la demora en la consulta de especialista, realización de la prueba diagnóstica o intervención quirúrgica induce al paciente a proveerse en la sanidad privada el acto médico objeto de demora, hecho que motiva la ulterior reclamación de reintegro de los gastos asumidos y la correlativa desestimación administrativa en caso de que no se acredite un supuesto de urgencia vital.

Así en el expediente de **queja 09/3512** compareció la interesada exponiendo la defectuosa atención sanitaria que recibió en el Servicio de Urgencias de un hospital y las consecuencias perjudiciales que de ello se derivaron.

Habiendo requerido la reclamante la atención médica urgente, al presentar un fuerte dolor en su pierna derecha que, valorado por el facultativo interviniente como posible flebitis, determinó en el informe de alta indicación de que tramitara la petición de cita para revisión por el Servicio de Cirugía Vasculard.

Siguiendo la recomendación médica, la compareciente acudió al Servicio de Cita Previa al día siguiente, interesando la pertinente conforme al informe de alta, siéndole asignada consulta para más de un año después.

Ante la enorme espera que suponía acceder al examen de su pierna por el especialista, la interesada adoptó, el mismo día, dos actuaciones, a saber: por una parte, procedió a formalizar reclamación ante el Servicio de Atención al Usuario. Y, por otra, concertó cita con especialista privado que se materializó también el mismo día, por cuya consulta y prueba diagnóstica satisfizo el importe de cien euros.

Nueve días después de la reclamación, el hospital atendió la pretensión de la usuaria, adelantándole la cita inicial a los dos meses siguientes. Dicho adelanto le fue comunicado telefónicamente.

No obstante lo anterior, considerando la reclamante que la mala gestión del centro hospitalario había ocasionado un perjuicio económico en su patrimonio, al determinarla a efectuar un gasto para la asistencia especializada de su patología, requiriendo los servicios de facultativo privado del que obtener un diagnóstico, reclamó el reintegro de la suma satisfecha para la compensación económica derivada de la asistencia sanitaria y tratamiento prestados por medios ajenos.

Por Resolución del Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud, se desestimó el reintegro de gastos instado por la reclamante, con fundamento en que el recurso por la interesada a medios ajenos no derivó de un supuesto de urgencia vital.

Desde nuestra perspectiva, la cuestión a dilucidar se constriñe a determinar si existió disfunción en la atención sanitaria dispensada a la interesada por dilación en el plazo de asignación de cita y las consecuencias que de ello puedan derivarse.

En cuanto a la primera cuestión, hemos de partir de la consideración de que, prestada la asistencia sanitaria a la interesada en el Servicio de Urgencias, la derivación al especialista correspondiente que efectuó el facultativo interviniente, lo fue, formalmente, para revisión por dicho especialista, siendo en este concepto en el que se asignó posteriormente la consulta, tal y como consta en el documento correspondiente, en el que se reseña "*consulta sucesiva/revisión*".

Desde este punto de vista formal (con el que discrepa la interesada, al entender que en Urgencias no se le ofreció realmente un diagnóstico, aunque ciertamente existiera el juicio clínico de "*flebitis*"), debemos descartar que, en puridad de conceptos, sea de aplicación el Decreto 96/2004, de 9 de Marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Ya que dicho

Decreto, al definir en su artículo 3 las primeras consultas de asistencia especializada, excluye a las que tengan la consideración de revisiones, siendo éste el concepto en el que a la reclamante se asignó la cita, al haber precedido su valoración en el Servicio de Urgencias.

Sobre esta premisa, sin embargo, basada la petición de cita por la reclamante en el informe de alta emitido por el facultativo del Servicio de Urgencias del Hospital, la asignación inicialmente realizada, datada para quince meses más tarde desde la fecha de solicitud, supone un plazo que excede de lo razonable, al margen de la prioridad con la que el profesional califique la derivación de la paciente y de la consideración de la consulta como sujeta o no a plazo normativo de garantía de respuesta. Y, en todo caso, supera de forma desorbitada los plazos medios de respuesta que reseña la Directora Gerente del Hospital en su informe, que concreta en 48 horas para los casos urgentes, en 60 días para los preferentes y en 180 días para las citas normales. Ya que, conforme a ello, la asignación de consulta sucesiva en el caso de la interesada, ni siquiera se aproximó al tiempo medio de una cita normal.

La justificación que para la importante dilación concurrente en el caso de la reclamante alegó la Directora Gerente del Hospital en su informe, reside en que la mayor o menor demora en la asignación de cita viene siempre condicionada por el carácter preferente o no de la petición, ocurriendo que, en el caso que nos ocupa, ninguna indicación de preferencia fue expresada por el facultativo que realizó la derivación. Por lo que, sólo cuando fue formalizada la reclamación por la usuaria se inquirió al facultativo de Urgencias sobre dicho extremo, especificando éste que el criterio de derivación había de ser “*no urgente, pero sí preferente*”. De donde la cita se adaptó a dicho carácter, adelantándose en consecuencia.

Puede concluirse, por tanto, que, efectivamente, existió una disfunción en la asignación de cita para revisión por especialista a la paciente, al pretender que aguardara quince meses para ser recibida en consulta.

Llegados a este punto se plantea cuáles hubiesen sido las alternativas y, en todo caso, si de la referida disfunción surgen consecuencias que respalden la pretensión compensatoria (económica) de la reclamante.

Para responder estas cuestiones, es importante, en primer lugar, tomar en consideración la primera opción adoptada por la interesada, cual fue la de formalizar reclamación en el Servicio de Atención al Usuario. Ejercicio que resultó eficaz para remediar la irregularidad expresada, por cuanto, como se ha expuesto, no demoró la respuesta en forma y, en este caso, diligente del Hospital, manifestada en la consulta al facultativo que realizó la indicación y la reasignación de cita conforme al tiempo medio de respuesta del centro. De hecho, apenas seis días después, la reclamante fue informada telefónicamente de su nueva fecha de consulta.

Únicamente cabe oponer dos objeciones: que la valoración del criterio de la derivación indicada por el facultativo en su informe de alta, no constase expresamente en el mismo, ya que fue esta omisión la que (al menos en teoría) impidió que le fuese asignada cita conforme a la calificación correspondiente. Y, además, que la cita señalada, en cualquier caso, no se acomodase al tiempo medio de respuesta de ninguno de los criterios expresados por el informe de la Dirección Gerencia, siendo inadmisibles los plazos de quince meses ni como revisión, al haber podido implicar una auténtica denegación de asistencia, si

no hubiera sido finalmente corregida por la iniciativa de la interesada al reclamar y que, mucho nos tememos, que, de otro modo, se habría mantenido inalterada. No obstante, puesto que no fue ello así finalmente, debemos atenernos a los hechos objetivamente acaecidos, sin extraer conclusiones derivadas de un contexto que no llegó a darse.

En segundo lugar, encontramos que entretanto sucedía lo anterior, la interesada acudió a especialista privado para consultar su patología y obtener un diagnóstico de la misma, entendiéndose aquella que es acreedora del importe invertido en la asistencia sanitaria, puesto que la demora del sistema sanitario público se equiparó a la denegación, incumpliendo los plazos normativos de respuesta.

A pesar de todo, no encontramos base sustantiva que permita respaldar la pretensión de la interesada en este punto, fundamentalmente por dos razones:

De una parte, la premura con la que acudió al especialista privado, absolutamente justificable desde el punto de vista de la preocupación por su salud, pero sin encaje legal que sustente la pretensión, conforme a las circunstancias del supuesto. Ya que hemos de tener presente que formalizó una reclamación que obtuvo respuesta adecuada y ágil, y que hubiera sido imposible que dicha respuesta evitara a tiempo su desembolso en la asistencia privada, puesto que la usuaria efectuó la consulta el mismo día de la interposición de la reclamación.

De otra parte, la dificultad de considerar que la compensación económica sea subsumible en el supuesto de reintegro de gastos, al no quedar acreditado que la asistencia privada de que se valió la interesada obedeciese a un supuesto de urgencia vital (no acreditando este extremo al negarse a aportar el informe del especialista encargado de su asistencia en el que así lo justificase). A lo que ha de añadirse que la reclamante fue asistida en el Servicio de Urgencias y dada de alta en el mismo tras veinticuatro horas de observación; convirtiendo este dato en más improbable que la urgencia vital se hubiese producido y que no fuese atendida en el sistema sanitario público.

Por lo demás, el adelantamiento de la cita que su iniciativa provocó, corrigiéndose a su instancia la disfunción, hace dudoso que cupiese cualquier otra vía hábil para obtener el reembolso, como la de la reclamación patrimonial.

A la vista de todo ello, consideramos realizar a la Dirección Gerencia del hospital, la siguiente **Recomendación**:

“Que dicte las instrucciones de actuación necesarias para que por los facultativos del Servicio de Urgencias de ese Hospital, que efectúen indicaciones de derivación al especialista correspondiente en el informe de alta del usuario, hagan constar expresamente en el mismo el carácter urgente, preferente o normal de la petición.

Que promueva las medidas necesarias para garantizar a los usuarios la atención en consulta especializada en los tiempos medios de respuesta reseñados en su informe, conforme al carácter urgente, preferente o normal consignado por el facultativo que indique la derivación.”

En su informe de respuesta el hospital ha aceptado nuestras Recomendaciones, haciendo mención del envío de una nota recordatoria a la Unidad de

Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias, sobre la obligatoriedad de hacer constar en los informes de alta de los usuarios, si precisan derivación al especialista, así como el carácter de la misma: urgente, preferente o normal. Asimismo se nos indica que están trabajando intensamente para garantizar la atención a los usuarios en los tiempos medios de respuesta según el carácter de la consulta, aunque reconocen que en algunas especialidades resulta complicado por ser el hospital centro de referencia provincial.

En el expediente de **queja 10/5607** el interesado manifestaba que llevaba 18 meses en lista de espera para someterse a una intervención quirúrgica en un centro hospitalario. En concreto constaba inscrito en el registro de demanda quirúrgica desde el 30 de Abril de 2009, para ser intervenido por el servicio de traumatología y cirugía ortopédica.

Señalaba que su situación era insostenible porque la lesión que padecía le impide trabajar, mientras que, por otro lado, tampoco le podían reconocer algún grado de invalidez porque, al estar pendiente de intervención quirúrgica, aquélla no podía entenderse definitiva.

El informe del hospital expresaba que a pesar de reconocer la tardanza de la intervención y la preocupación subsiguiente de aquél por este motivo, explican que la intervención que precisaba por su lesión del ligamento triangular del carpo no está sujeta al Decreto de garantía. En este punto aluden a la ocupación de los quirófanos con urgencias no previsibles, que obliga a demorar la actividad quirúrgica relacionada con patologías de menor gravedad que no están sujetas a garantía de acuerdo a la normativa vigente.

En último término nos indicaban que definitivamente se programó la intervención del interesado, que se llevó a cabo en fechas recientes.

Ateniéndonos a los datos reflejados es posible afirmar que han sido necesarios más de 20 meses para que se llevara a cabo la intervención que venimos considerando. Desde esta perspectiva, aún entendiendo que sea necesaria la racionalización del uso de los quirófanos y la priorización de las intervenciones urgentes junto a las recogidas en la normativa sobre garantía de plazo de respuesta quirúrgica, lo cierto es que la no inclusión en esta última de la intervención que consideramos no puede significar que la práctica de la misma pueda demorarse sine die.

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

Ahora que contamos con los plazos de garantía como elementos de referencia de lo que puede entenderse como una demora razonable, pensamos que la permanencia en la lista de espera por un tiempo como el que lleva el interesado, más que una suspensión del derecho a la asistencia sanitaria reconocido en el art. 43 de nuestra Constitución, que toda lista de espera entraña, constituye una auténtica trasgresión del derecho que hemos

mencionado, pues la demora en estos casos lo que pone de relieve es la falta de soporte estructural apropiado para llevarlas a cabo.

A dicha fundamentación podemos añadir la previsión que se contempla en el artículo 31 del Estatuto de Autonomía de Andalucía, regulado en la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de Marzo, en relación con la garantía, dentro del derecho a una buena administración, de que los asuntos de los ciudadanos (que también habrá que entender referidos a la vertiente asistencial), se resuelvan en un plazo razonable; e igualmente la del art. 5 d) de la Ley 9/2007, de 22 de Octubre, de Administración de la Junta de Andalucía, en términos similares, de acuerdo con el principio de proximidad a la ciudadanía consagrado en el artículo 3 r) del mismo texto legal.

Las consideraciones expuestas nos permiten realizar a esa Dirección Gerencia la siguiente **Recomendación**:

“Que para la superación de las situaciones de larga espera se adopten por ese hospital las medidas organizativas y asistenciales precisas, referidas fundamentalmente a la ampliación de los medios humanos y materiales para la satisfacción de la demanda, de tal manera que los ciudadanos disfruten del efectivo reconocimiento del derecho a la protección de la salud que establece el art. 43 de la Constitución”.

En su escrito de respuesta el hospital explica cómo se programan las intervenciones en función de los criterios de prioridad establecidos, y los problemas de personal que han tenido en la Unidad de Gestión Clínica de Traumatología y Cirugía Ortopédica, a pesar de lo cual manifiesta su intención de atender a la mayor brevedad los pacientes en espera quirúrgica no sujeta a plazo de garantía, estimándose por nuestra parte que se aceptan de esta manera los términos de nuestra Recomendación.

En el expediente de **queja 10/5923** el interesado nos relataba los pormenores de su proceso asistencial en un centro hospitalario. Así nos indicaba que tras mes y medio de espera, fue atendido en consulta de Digestivo el 20 de Septiembre pasado, en la cual le prescribieron una colonoscopia que se llevó a un mes después.

En un primer momento le dieron un modelo para solicitar la cita de la consulta en la que habría de recoger los resultados, pero no pudieron concretarle la misma ni el momento de pedir la prueba diagnóstica, ni cuando acudió a la práctica de aquélla, siendo avisado de que la recibiría por correo, lo cual ocurrió el 15 de Noviembre, fijándose definitivamente la citación aludida para el 20 de Diciembre.

Se lamentaba el interesado de la “*manipulación de las citas*” pues entendía que debían haberle establecido la consulta para la recogida de los resultados cuando la solicitó, con independencia del tiempo que hubiera sido necesario para ello, y teniendo en cuenta el preciso para la obtención de los mismos, aparte del daño irreparable de hubiera conllevado para su salud el que se hubiera descubierto una afectación grave al cabo de cinco meses desde que demandó la asistencia sanitaria inicial.

El informe del hospital niega que se haya producido anomalía que sustente la reclamación del interesado pues en su opinión las citas para la primera consulta de

digestivo y la práctica de la colonoscopia se llevan a cabo dentro de los plazos establecidos en la normativa vigente (Decreto 96/2004 de 9 de Marzo).

En concreto la consulta de digestivo tuvo lugar a los 47 días de su solicitud por el médico de atención primaria, y la prueba diagnóstica igualmente a los 30 días, sin conculcar los que para ambos episodios asistenciales fija la norma antes aludida (60 y 30 días respectivamente).

Por lo que se refiere a la consulta para la recogida de resultados, el informe señala que las consultas de revisión no tienen un plazo legal para su realización porque es necesario esperar a las pruebas complementarias, y están en función de la prioridad clínica del facultativo que las indica. En este sentido manifiesta el documento administrativo que si de la demora en la obtención de los resultados de las exploraciones realizadas puede originarse una lesión al paciente, los facultativos de medicina interna proceden al adelanto de las citas de revisión, y se lo comunican al usuario para disminuir la incertidumbre. En este caso sin embargo al no detectarse patología no fue necesario realizar dicho adelanto.

Pues bien, por un lado el interesado plantea su disconformidad respecto de la imposibilidad de fijación de la cita en el momento en que le dieron el modelo para pedirla, y ni siquiera cuando fue a ese centro a hacerse la prueba porque *“no tenían el libro abierto”*. A la vista de las manifestaciones del interesado (*“me parece que no puede haber oculta una lista que la sacan a la luz en el momento que creen conveniente”*), nos parece que no recibió información suficiente sobre la manera de gestionar la lista y las agendas de los facultativos para consultas, la cual sin duda le habría permitido saber que el cierre de la agenda no implica desconocimiento del orden de la solicitud, que se inscribe en un registro, ni alteración del plazo.

Por lo que hace a los referidos plazos, ciertamente la primera consulta de digestivo y la colonoscopia se llevan a cabo dentro de los establecidos en el Decreto 96/2004 de 9 de Marzo, por el que se establece el plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

También es verdad que las consultas posteriores, como la que aquí consideramos para la recogida de resultados, no están afectadas por límite temporal prefijado. Ahora bien, ello no quiere decir que las mismas puedan demorarse sine die, sino que deben producirse dentro de un tiempo que pueda entenderse razonable en el marco del proceso asistencial en cuestión.

Y es que aun cuando normalmente se les denomine consultas de revisión por contraposición a las denominadas primeras consultas de especialidad, no pensamos que todas las que no son primeras consultas puedan entenderse como tales. Las revisiones se producen después de la práctica de intervenciones quirúrgicas, o la aplicación de determinados tratamientos, o simplemente en el seguimiento de enfermedades de carácter crónico. Las consultas a las que nos estamos refiriendo para la recogida de resultados se insertan en el proceso de diagnóstico, en el que constituyen el paso definitivo para conocer la existencia de enfermedad y la alternativa terapéutica a aplicar.

Es por ello que a pesar de que dependen en su establecimiento de la obtención de los resultados y la prioridad clínica y aun siendo verdad que no están sujetas a garantía de plazo; sin embargo no se encuentran a expensas de valorar la evolución de la

enfermedad, los resultados quirúrgicos, o la efectividad de un tratamiento, por lo que no han de fijarse con el tiempo necesario para apreciar estos últimos, sino que deben hacerse a la mayor brevedad posible para completar el proceso de diagnóstico. Y es que la fijación de plazos máximos para las primeras consultas y para la realización de las pruebas diagnósticas están dirigidos a la aceleración del diagnóstico, luego de nada sirven estos límites temporales si después aquél se demora en las etapas posteriores.

A lo mejor si consideramos los plazos parciales que transcurren entre los distintos requerimientos y citas, podemos pensar que no resultan excesivos (47 días entre la petición del médico de cabecera y la consulta de digestivo, 30 días entre la petición de la colonoscopia y su realización, y dos meses desde que se practica hasta que se conocen los resultados), pero sin duda si tenemos en cuenta el proceso asistencial en su conjunto, desde que el interesado acude a su médico de atención primaria hasta que conoce el resultado de la prueba practicada, podemos afirmar que el tiempo que se precisa para el mismo (cuatro meses y diecisiete días) no resulta desde luego idóneo.

Añade el hospital en este punto que la cita de recogida de resultados se adelanta cuando lo hace aconsejable el sentido de aquéllos, de manera que si del retraso en su comunicación pudiera derivarse lesión para el paciente se agiliza la cita y se comunica al mismo para despejar su incertidumbre. Con independencia de que este mecanismo corrector puede sufrir fallos, como hemos podido conocer en ocasiones en el curso ordinario de nuestra actividad, entendemos que la incertidumbre del paciente sólo se resuelve cuando los resultados de las pruebas arrojan la presencia de enfermedad y determinan la necesidad de actuar con prontitud, pero que cuando aquéllos son negativos dicha comunicación no se produce con antelación, por lo que se mantiene al paciente en el desconocimiento, y las consecuencias que del mismo se derivan, hasta la cita final.

A la vista de lo expuesto formulamos a la Dirección Gerencia del hospital la siguiente **Recomendación**:

“Que se adopten medidas para agilizar las citas de recogida de resultados a fin de que el proceso diagnóstico se desarrolle en el menor tiempo posible y que se valore la posibilidad de comunicar por anticipado los resultados, aún cuando tengan carácter negativo, en caso de que aquél se dilate por un período superior al recomendable”.

Recibido el informe de respuesta del hospital se ha estimado que por el mismo se han aceptado los términos de nuestra Recomendación, al manifestarnos que el resultado de todas las exploraciones complementarias es valorado en consultas externas cuando son recibidos, con el objeto de poder adelantar la citación del paciente en los casos en los que lo requiera.

2. 1. 3. 2. Negligencias médicas.

Un supuesto de negligencia médica, en el que concurren aspectos relacionados con la humanización del trato a los enfermos y familiares así como con la dignidad de la persona en el proceso de su muerte lo tenemos en el expediente de **queja 10/2150** que se inicio a partir de la recepción del escrito formulado por la interesada para efectuar distintas denuncias relacionadas con la asistencia sanitaria y la atención proporcionada a su madre en los diversos episodios asistenciales que protagonizó en el centro hospitalario.

En concreto la interesada alude a cuatro momentos temporales, y encadena a las estancias en urgencias o a los ingresos hospitalarios subsiguientes a las mismas, en los que atribuye irregularidades diversas.

Así la paciente acudió al servicio de urgencias a mediados de Julio de 2008 aquejada de confusión mental, pérdida de memoria y debilidad muscular, siendo dada de alta con diagnóstico de hiponatrenia e indicación de tomar líquidos salinos.

Volvió a dicho servicio del día 30 del mismo mes, tras un empeoramiento progresivo de su estado, y permaneció ingresada durante quince días, durante los cuales señala la interesada que llegó a vivir momentos muy críticos, que le dejaron secuelas físicas y cognitivas. En esta ocasión el diagnóstico fue de hiponatrenia severa y se menciona la estancia de la paciente sin monitorizar en el área de observación de urgencias y el trato descortés y deshumanizado de un facultativo, aparte de la negativa a la identificación solicitada por parte de otro.

A principios de noviembre la interesada se personó de nuevo con su madre en el servicio de urgencias aquejada en este caso de insuficiencia respiratoria, que determinó otra vez el pase de la paciente al área de observación en la que permaneció atada a la cama durante toda una noche, después de que el facultativo responsable se hubiera negado al acompañamiento de los familiares para tranquilizar a la paciente.

Por último a finales de Abril de 2009 la paciente regresa al servicio de urgencias padeciendo disnea y precisando por ello oxigenoterapia, aunque consciente. Al cabo de un tiempo ingresa en observación donde vuelve a permanecer sin monitorización y sin tratamiento, para terminar falleciendo al día siguiente, sin ningún intento, en opinión de la interesada, de luchar por su vida ni de reanimación.

Esta última estima por un lado que se ha producido una atención sanitaria negligente que no ha tratado de determinar las causas de la hiponatrenia, y que no han realizado ningún esfuerzo por la supervivencia de la paciente, condenándola a morir desde el principio teniendo en cuenta la edad de la misma. Por otro lado señala múltiples aspectos que se insertan en el ámbito de la humanización de la asistencia, tales como la falta de información adecuada, la insensibilidad de los profesionales, la imposibilidad de acompañamiento de su familiar en sus últimos momentos, y la indignidad en la manera en que se produjo la muerte.

Por parte de esta Institución se admitió la queja a trámite y se han solicitado sendos informes que fueron debidamente cumplimentados por el hospital. En el primero se detallan las actuaciones practicadas con relación a la paciente en las distintas comparecencias de la misma. Se alude a los antecedentes de aquélla, donde destacan los relativos a intervenciones quirúrgicas por meningioma parietal izquierdo y basilioma frontal recidivante, aparte de hipoacusia, hipertensión arterial y mareos frecuentes, y se relacionan las pruebas practicadas en cada caso, los períodos de ingreso hospitalario, y los tratamientos instaurados. Así tras los diagnósticos de hiponatrenia de las dos primeras visitas en julio de 2008, siguieron los de insuficiencia respiratoria global, valvulopatía mitral e hipertensión pulmonar severas al alta hospitalaria de noviembre. El 31 de marzo de 2009 se constató insuficiencia cardíaca congestiva e hipertensión pulmonar produciéndose el fallecimiento en el área de observación.

El centro defiende la profesionalidad de sus trabajadores, de los que destaca su experiencia y trato personal con pacientes y familiares, y niega que la edad de la paciente haya sido una circunstancia que haya determinado la atención dispensada a la misma.

Por otro lado alude a las especiales características del área de urgencias hospitalarias, por la continuidad y presión asistenciales, y la necesidad de salvaguarda de los derechos de los pacientes, que limitan las posibilidades de acompañamiento, aunque estiman que hay que ser sensibles con determinadas situaciones como es el final de la vida.

El segundo informe viene a aclarar determinados aspectos entre los que se refieren la necesaria identificación de los profesionales sanitarios, las directrices previstas para la contención mecánica de los pacientes y las pautas organizativas de las distintas áreas del servicio de urgencias hospitalario.

Pues bien, a la vista de la información recabada de ambas partes pensamos que escaso debe ser el pronunciamiento relativo a la atención sanitaria desde la perspectiva estrictamente técnica que entronca con la denuncia de negligencia. Desconocemos los antecedentes de la paciente, más que por lo que refiere el primer informe hospitalario, en el que se relacionan dos procesos que al parecer no han tenido incidencia alguna en el fallecimiento. Tampoco sabemos su evolución y la atención a sus patologías al margen de las comparecencias en ese centro. Lo único que se vislumbra los últimos meses es un cuadro de insuficiencia respiratoria (se evidencia en el ingreso de noviembre de 2008 y en el último de marzo de 2009 se alude a la presencia de su disnea habitual) que culmina en el fallecimiento.

Son otras las cuestiones que se ponen de manifiesto en esta queja sobre las que nos gustaría llamar la atención, las cuales se insertan en el ámbito de lo que hemos denominado "*humanización de la asistencia*", cuya instauración venimos demandando desde hace tiempo en todos los centros asistenciales, fundamentalmente en los hospitalarios, y con más intensidad si cabe en el área de urgencias, pues entendemos que en este caso la experiencia de la paciente en dicha área no revela una atención particularizada de sus circunstancias individuales que es lo que en el marco de aquella propugnamos en esta Institución.

En el supuesto que la interesada ha sometido a nuestra consideración sin embargo entendemos que se ha producido una carencia significativa de información, un déficit de acompañamiento de la paciente por parte de sus familiares, que llegó a alcanzar el momento de su muerte, una falta de respeto de sus últimas disposiciones en este sentido, o en su caso de las establecidas por sus familiares, así como incumplimiento de los presupuestos establecidos en la Ley 2/2010, de 8 de Abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.

Y es que del relato de la interesada se desprende en primer lugar que los familiares desconocían la inminencia del desenlace fatal, y que esperaban actuaciones encaminadas a solventar el estado crítico que aquella presentaba. Para los profesionales al parecer dicho desenlace podía ser esperado, de ahí las manifestaciones en orden a la innecesariedad de algunos tratamientos o la recomendación a los familiares para que le proporcionaran cercanía a la paciente en los escasos períodos de visita en el área de observación.

Ahora bien en este estado de cosas, y la vista de la falta de ajuste entre las aspiraciones de los familiares y la actitud de los profesionales, se echa de menos que por el facultativo responsable se hubiera informado adecuadamente a los primeros del pronóstico de vida de la paciente. Por nuestra parte entendemos que el derecho del paciente y sus familiares o allegados a obtener información completa y continuada sobre el proceso, se dificulta sobremanera en los servicios de urgencias hospitalarios por las condiciones de saturación en las que habitualmente se proporciona la asistencia en los mismos. Pero ello no impide que deba hacerse un esfuerzo importante para paliar la ansiedad y la tensión de quienes se ven en la necesidad de acudir a estos dispositivos y de quienes les acompañan, sobre todo en los procesos como el que consideramos, en los que el deterioro del estado de salud de la paciente lleva a su fallecimiento.

Pero es que además, de haber existido dicha información, se hubiera permitido a la familia decidir sobre las opciones que resultaran planteables, para el caso de que la paciente no hubiera dejado registrada su declaración de voluntad vital anticipada. La consulta del registro de dichas voluntades debía haberse constituido en el primer paso a la vista de la discrepancia que con anterioridad poníamos de manifiesto, pues la interesada instaba a la adopción de actuaciones terapéuticas que los profesionales no estimaban relevantes, pues su actuación se resumía al decir de la interesada en que *“a esa edad había que dejar morir a las personas”*. Ahora bien en caso de no constar la manifestación de dicha voluntad en el registro, debió imperar el criterio de los familiares, si tras recibir la información sobre el estado de la paciente y las actuaciones paliativas que pudieran resultar oportunas, hubieran decidido agotar los tratamientos o técnicas posibles hasta el final.

En todo caso nos parece importante dejar claro que la decisión en torno a las actuaciones asistenciales a proporcionar al final de la vida, corresponde siempre al paciente, cuando la ha expresado formalmente en los términos que se regulan en la legislación vigente, y en el supuesto de no contar con la misma, debe corresponder a los familiares tras recibir la información oportuna, por lo que no debería imponerse ninguna opción terapéutica por los profesionales.

Ciertamente la Ley a la que más arriba hacíamos referencia prevé la limitación del esfuerzo terapéutico cuando la situación clínica del paciente lo aconseje, circunstancia que debe quedar reseñada en su historial clínico, pero en todo caso establece la obligación de garantizar un adecuado cuidado y confort.

Con ello no queremos decir que la paciente no recibiera atención sanitaria en su último trance, pero tampoco parece que llegara a instaurarse un tratamiento paliativo.

En este sentido la Ley 2/2010, de 8 de Abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de la muerte, reconoce el derecho de los pacientes al tratamiento del dolor, incluida la sedación, y a recibir cuidados paliativos integrales en situación terminal o de agonía.

Con respecto al momento del fallecimiento la interesada relata que al observar que la respiración de la paciente era rara y que la tensión había caído a 7-4, se lo advirtieron a la enfermera, la cual desenchufó el goteo. Al poco tiempo refiere la interesada que el monitor empezó a pitar y que su madre empezó a convulsionar, saltando en la cama, sin que se atendieran sus ruegos para que acudiera un médico, el cual cuando al final

apareció determinó que su madre había fallecido. Tampoco se atendieron sus peticiones para que se intentara su reanimación.

Aunque con los datos con que contamos no parece que existiera un sufrimiento constatable de la paciente en las horas previas a su fallecimiento (la interesada alude a la incomodidad de la postura, tendida totalmente en la camilla y a la realización de gestos de dolor cuando intentó acomodarse en la misma), el relato del momento final se traduce en un episodio agónico que quizás podría haberse evitado con la medicación oportuna.

También quisiéramos insistir en las previsiones que la Ley antes citada contiene en cuanto al derecho de los pacientes al acompañamiento, pues se garantiza el acompañamiento familiar a las personas en proceso de muerte, sin que la enunciada compatibilización con las medidas necesarias para ofrecer una atención de calidad a los pacientes (art. 23 de la Ley 2/2010, de 8 de Abril), pueda esgrimirse como justificación de la ausencia de los familiares en este caso.

La interesada refiere que durante la noche del 1 de abril se fueron “colando” de vez en cuando durante un minuto en el área de observación para ver cómo estaba su madre, por lo que realmente no pudieron acompañarla asiduamente en sus últimas horas, y efectivamente llegaron a presenciar el momento del fallecimiento por pura casualidad.

El art. 26 de la ley que venimos comentando diseña un mecanismo para facilitar el acompañamiento de los pacientes en situación terminal por parte de sus familiares, cuando aquellos deban ser atendidos en régimen de hospitalización, y no es otro que proporcionarles una habitación individual.

Desconocemos si la paciente debió ser objeto de ingreso hospitalario o no, pero lo cierto es que las garantías previstas en la ley no deberían ser menoscabadas por el mero hecho de que permaneciera en el área de observación de urgencias. No es la primera vez que nos preguntarnos dónde deberían quedar emplazados en el área de urgencias los pacientes en estado preagónico, y qué procedimientos tendrían que instrumentarse para garantizar una muerte digna en este ámbito.

Y es que la Ley 2/2010, de 8 de Abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, tras afirmar en su Exposición de Motivos que «el imperativo de una vida digna alcanza también a la muerte», de manera que «una vida digna requiere una muerte digna», consigna como finalidad de la misma en su art. 2 la de «proteger la dignidad de la persona en el proceso de su muerte», y para alcanzar dicho objetivo fija todo un conjunto de garantías a proporcionar por las instituciones sanitarias (el acompañamiento de los pacientes, el apoyo a las familias y personas cuidadoras, el asesoramiento en cuidados paliativos y la estancia en habitación individual para personas en situación terminal) que también deben ser satisfechas en el ámbito de los servicios de urgencia hospitalarios, por lo que los centros habrán de adoptar las medidas oportunas para ello.

Con independencia de la motivación concreta que en cada caso exista, nos parece que la situación de partida de los pacientes de avanzada edad, sobre todo cuando se encuentran ya en situación terminal, revela un singular desvalimiento que haría aconsejable una recepción y un acompañamiento singularizado de los mismos por el proceso asistencial en urgencias, el cual se ha concretado en algunos centros hospitalarios mediante el diseño de un circuito específico, en el cual se potencie el aspecto de cuidados,

y entre otras cosas incluya la asignación de enfermera preferente, la coordinación de la atención integral durante la estancia del paciente en el servicio de urgencias, la garantía de su seguridad, un plan de acompañamiento, la atención en fase terminal, la información al paciente y cuidador, la comunicación con el equipo de cuidados paliativos, la disminución de las estancias hospitalarias evitables, y en definitiva la mejora de la satisfacción de los usuarios y sus familiares.

A la vista de todo ello, se formuló la Dirección Gerencia del Hospital la siguiente **Recomendación:**

“Que se revisen los procedimientos existentes o en su caso se establezcan protocolos concretos para la atención en urgencias de los pacientes de avanzada edad y/o en estado terminal, que contemplen los criterios para una adecuada clasificación en el triaje, la agilización de las pruebas diagnósticas, el mantenimiento de condiciones apropiadas de confort, el suministro continuado de información y la garantía del acompañamiento por sus familiares, valorando la posibilidad de establecer un circuito específico para los mismos.

Que se analicen y se adopten los medios para el cumplimiento en el ámbito del servicio de urgencias de las garantías reconocidas a los pacientes en el proceso de la muerte, incorporando los que se hagan precisos para satisfacer el respecto de su dignidad.

Que se de traslado a esta Institución de las medidas adoptadas para dar cumplimiento a las Recomendaciones anteriores.”

Recientemente hemos recibido el informe de respuesta a nuestra Resolución, que se pronuncia aceptando los términos de la misma, al tiempo que nos ilustra sobre la existencia de una Resolución del Servicio Andaluz de Salud, que con carácter previo a la Ley que hemos comentado en la Resolución, establece la garantía para la opción de acompañamiento de pacientes especialmente vulnerables con necesidad de atención sanitaria en centros hospitalarios.

2. 1. 4. Derecho a la protección de la salud de los enfermos mentales.

El vigente II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2008-2012) (PISMA) y los procesos asistenciales integrados relativos a las enfermedades que conforman esta patología (trastorno mental grave, autismo, etc.) constituyen nuestro referente a la hora de fiscalizar la actuación asistencial llevada en cada caso concreto en relación a los recursos de Salud Mental.

El otro referente nos viene de la mano de la Ley de Dependencia, en la medida que a los enfermos mentales se les reconozca algún grado de dependencia (gran dependiente, dependencia severa o moderada), adquieren la condición de beneficiarios de alguna de las prestaciones económicas o servicios (plaza residencial ordinaria o en FAISEM, ayuda a domicilio, etc.).

En el expediente de **queja 10/1793**, cuyo trasfondo se revela como un supuesto de humanización de la asistencia, la interesada denunciaba la negligente y desconsiderada

actuación profesional de la psiquiátrica de urgencias en un hospital sevillano ocurrida en septiembre del año 2009.

La reclamante en la presente queja compareció ante esta Institución, mediante escrito en el que exponía que a comienzos de dicho mes, presentando un cuadro ansioso-depresivo derivado de haber abandonado voluntariamente el tratamiento farmacológico que tiene prescrito para la depresión recurrente que padece y llevando casi diez días sin dormir ni comer apenas y en estado lamentable, recurrió a la ayuda del Servicio de Urgencias del hospital, en el que se encomendó su atención a la psiquiatra de guardia, que la recibió acompañada de un médico residente.

La interesada denunció que a pesar del lamentable estado en que se encontraba, provocaron una actuación de la psiquiatra que calificó de “*verbalmente agresiva*”, recibiendo por toda terapia un trato personalmente incorrecto y falto de profesionalidad y finalidad terapéutica. Como ejemplo del cual, expresa que la facultativa le aconsejó la conveniencia de acudir al psiquiatra privado que la trataba, como mejor conocedor de su problema, en lugar de al Hospital; que afirmó no poder consultar la historia médica de la paciente, ingresada en el Servicio de Salud Mental del Hospital dos años antes, porque “*cualquiera sabe dónde está*”; que reprochó a la paciente su anormal comportamiento y trato (infantil); y finalmente, ante la reacción adversa de la reclamante, le dio la alternativa de denunciarla si no estaba conforme.

Abandonado por ello el hospital por la usuaria, su marido la condujo al Servicio de Urgencias de otro hospital de la capital, en el que, alega la interesada, que la psiquiatra la atendió con corrección profesional y personal, emitiendo informe en el que reseñó el juicio clínico de “*episodio depresivo y probable caracteropatía cluster B*”, con fundamento en preciar “*ánimo decaído, hiporexia, ideas pasivas de muerte y clinofilia*”; prescribiendo tratamiento farmacológico e indicando consulta con el psiquiatra habitual.

La reclamante interpuso reclamación, expresando no haber recibido una respuesta a la misma que respondiera al fondo de sus alegaciones.

Admitida a trámite la queja planteada y requerido el preceptivo informe al Director Gerente del hospital, se nos dio traslado del expedido por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, que, en sus propios términos, basándose en las manifestaciones de la psiquiatra interviniente, concluyó que “*el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones realizados en la consulta fueron correctos y acordes con la práctica clínica habitual*”.

En desarrollo de la antedicha conclusión, explicó el informe que el cuadro de la paciente “*demandaba una actitud complementaria de la psiquiatra de guardia que esta no consideró adecuado adoptar*”, decidiendo, en su lugar, confrontarla con el fin de evitar el refuerzo positivo de su sintomatología conductual, a cuyo objeto, el tono y contenido de los comentarios de la facultativa (no coincidentes literalmente con los que refiere la reclamante, pero sí más o menos próximos a los relatados en la queja), fueron los que la primera entendió más apropiados, con objeto de promover el cambio de actitud de la paciente. Siendo estas actuaciones frustrantes e insatisfactorias para la usuaria, al no coincidir con sus expectativas.

Dado traslado del anterior informe a la interesada, evacuó ésta alegaciones en las que se preguntaba cuál es la actitud complementaria que para el estado de la enferma

se dice que decidió no abordar la psiquiatra, optando en su lugar por la confrontación; si para la referida confrontación es preciso el insulto como terapia reactiva; y si forma parte de esta última la negativa a consultar la historia clínica y retar a la usuaria a denunciarla. Destacando la diferencia de trato y resultado en el segundo Hospital y preguntándose cómo es posible tan dispar diferencia si los protocolos y los medios son los mismos en ambos Hospitales públicos y cómo puede un psiquiatra, *“que debe tratar con personas que no están en posesión de toda la lucidez necesaria”*, carecer de la responsabilidad suficiente para valorar la gravedad que su inadecuada intervención pudiera acarrear para un paciente en estado mental precario.

Simultáneamente, por esta Institución se requirió la emisión de informe ampliatorio, en el que, a la vista de que la técnica de confrontación aducida por el anterior, se erigía en el fundamento que justificaba la corrección en la actuación de la facultativa, -aun cuando en el caso de la paciente se revelara absolutamente ineficaz para alcanzar el fin pretendido por la especialista-, y, asimismo, tomando en consideración que, persistiendo la necesidad asistencial, la interesada acudió a continuación a otro Hospital público de la ciudad, donde, en su opinión, fue satisfactoriamente atendida en el plano psiquiátrico, mediante la aplicación de terapia útil a la patología que presentaba, inquiríamos conocer si en la Unidad de Salud Mental del primer Hospital existen instrucciones de actuación que hayan de observar los especialistas que prestan servicios en la misma, los criterios técnico-facultativos que se emplean en dicha Unidad para el abordaje de pacientes en situación de urgencia psiquiátrica que acuden espontáneamente al mismo, así como en qué consiste exactamente la técnica referida de *“confrontar a la paciente”... “con el fin de evitar un refuerzo positivo de la sintomatología conductual que presentaba”*, y la valoración de su eficacia.

En respuesta correlativa, el informe aclaratorio expresó que la confrontación consiste en no recompensar la conducta de la paciente mediante un trato cálido o afectuoso que la refuerce; que existen criterios de actuación genéricos en urgencias de salud mental que cada profesional ha de adaptar a las circunstancias clínicas de cada caso concreto y, por último, que tanto el diagnóstico como las recomendaciones terapéuticas del Hospital Macarena y del Virgen del Rocío, son coincidentes y no difieren en nada fundamental.

Vistas y examinadas las alegaciones de la interesada, así como el contenido de los informes obrantes en la queja, esta Defensoría ha llegado a las siguientes conclusiones:

Nada cabe objetar desde un punto de vista técnico que la profesional optara por esta confrontación, en lugar de por el abordaje complementario que cita, si bien, en este caso fundamentalmente, porque no aparece determinado ni concretado en el informe cuál es la actuación, contenido o pauta, que la psiquiatra decidió descartar.

Sí podemos, no obstante, convenir que la técnica utilizada reveló su ineficacia práctica en el caso concreto, a la vista de su resultado, generando un malestar en la paciente, toda vez que la pretensión perseguida con la confrontación de promover el cambio de actitud de la paciente, no obtuvo éxito, -posiblemente más por sus formas que por su fondo o intención-, al hacer sentir a la usuaria una hostilidad que no esperaba encontrar en la facultativa a cuya ayuda recurría.

Por otro lado, la confrontación terapéutica, no es incompatible con una firmeza que no falte a la corrección y al respeto, a que estatutariamente viene obligado el profesional sanitario. Y en este punto, hemos de coincidir además con la reclamante, en

cuanto a las consecuencias que de la inadecuada atención urgente dispensada a un enfermo mental pueden derivarse; a lo que añadimos la diferente posición en que médico y paciente se relacionan en consulta y la superior responsabilidad que corresponde asumir al primero cuando se trata de enfermos mentales.

El II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía vigente para el período 2008-2012, determina que la atención urgente a los problemas de salud mental se canaliza de manera similar al resto de las urgencias, para dar así una respuesta eficaz, coordinada y de la manera más normalizada.

Esta asimilación implica, como previene el Plan Funcional de Urgencias, que una respuesta que se acomode a las características citadas (eficaz, coordinada y normalizada), no sólo con carácter general, sino particularmente en el caso que nos ocupa, -en que la usuaria se mostraba inabordable por su posición de nula colaboración (en las palabras del primer informe obrante en el expediente)-, requería que, previamente a la determinación de la técnica terapéutica de abordaje, se hubiesen consultado por la especialista los antecedentes obrantes en la documentación clínica a su disposición y, dentro de la misma, como documento básico, la historia clínica de la usuaria. Sin que ello ocurriera, a pesar del interés de la paciente. No en vano, la historia clínica es el instrumento fundamentalmente destinado a garantizar una asistencia adecuada del paciente, a cuyo efecto el acceso a su consulta se pone a disposición del profesional que le asista.

La inseguridad que transmitió la psiquiatra a la paciente cuando rechazó consultar sus antecedentes de ingreso en el Servicio de Salud Mental del Hospital, bajo un argumento no vinculado a ser o no necesario conocerla, sino a la dificultad de encontrarla materialmente, unida a los controvertidos modos empleados en el abordaje de confrontación de quien no se encuentra lúcida y en plenitud de facultades mentales, sino abatida, agotada y apática, determinaron que la petición de asistencia sanitaria urgente fuera fallida e infructuosa. Ya que no debe olvidarse que una paciente afectada por un trastorno de índole mental de varios días de evolución, aunque tenga una percepción más o menos alterada de las influencias del entorno, incrementada por su debilidad, no es alguien carente de entendimiento ni por ello incapaz de captar el sentido del trato que se le dedica.

Precisamente este último, percibido por la usuaria como un ataque frontal, verbalmente agresivo, al considerar que excedía de los límites normales de la cortesía y corrección, se tradujo en la imposibilidad facultativa de dar respuesta a su estado y, en la percepción subjetiva de la usuaria (que es la determinante en el caso de un enfermo mental), de empeoramiento de su ánimo. Siendo evidente con ello que la psiquiatra, con su táctica de no facilitar a la paciente *"la obtención de un premio por una conducta disfuncional e inadecuada"*, pretendió corregir la referida conducta (involuntaria por patológica) mediante reproches verbales hostiles referidos a la misma. Siendo objeto de crítica en la presente, no la técnica facultativa empleada a su criterio y juicio profesional, ni la esterilidad de su resultado, sino que esta última se debiese a la incorrección en las formas empleadas.

En cualquier caso, es revelador que la paciente tuviera que optar por interesar asistencia sanitaria en otro hospital, ya que ello denota que la necesidad de atención urgente persistía y así se demandó, recibéndola efectivamente con el juicio clínico y prescripción que ya fueron referidos.

El vigente Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, reconoce que es una prioridad para el Sistema Sanitario Público de nuestra Comunidad Autónoma, la atención a

las personas con trastornos mentales, tanto por sus elevadas cifras de incidencia y prevalencia, como por el sufrimiento personal y el impacto familiar y social que provocan, junto a la complejidad y coste de los procesos de tratamiento y rehabilitación. Y dicha prioridad requiere que la atención a enfermos mentales no sólo se preste en sí, sino que tenga calidad asistencial, considerándose asistencia de calidad aquella que se proporciona con el menor riesgo para pacientes y familiares, con la mayor eficiencia y con la mayor satisfacción para usuarios y el personal sanitario; entendiéndose que no puede haber calidad asistencial en su más amplio sentido, si la asistencia no es eficiente.

En el caso de la reclamante, no podemos decir que la atención dispensada fuera satisfactoria, pero tampoco que fuera eficiente, si ponemos en relación el resultado obtenido con los recursos utilizados, ya que estos últimos, aunque ineficaces, no produjeron ningún resultado clínico positivo. De hecho, los recursos del sistema sanitario tuvieron que duplicarse (consulta en dos hospitales), para que el usuario obtuviera una respuesta que, como mínimo imprescindible, determinara un diagnóstico y una prescripción.

A la vista de todo ello, se formuló a la Dirección Gerencia del hospital la siguiente **Recomendación**:

“Que se den las instrucciones oportunas para que los psiquiatras de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, previamente a la atención urgente que presten, consulten la historia clínica del paciente y/o la documentación clínica que se ponga a su disposición.

Que se den instrucciones precisas a los psiquiatras de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, para que en las demandas de atención de urgencias psiquiátricas, cumplan los criterios de actuación de evaluación del paciente, estabilización de su situación y/o síntomas clínicos, orientación terapéutica y continuidad a la asistencia.”

Por su parte el hospital se ha dirigido a esta Institución acatando los términos de nuestra Resolución, manifestando la intención de reiterar el contenido de las Recomendaciones emitidas a los responsables, para que lo hagan efectivo al conjunto de profesionales de la Unidad de Gestión Clínica.

Un caso particular de salud mental infanto-juvenil y desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias lo tenemos en el expediente de **queja 11/187**, en la que el interesado nos exponía que su hijo, afectado de un trastorno del espectro autista, viene siendo objeto de seguimiento por la unidad de salud mental infanto-juvenil del centro hospitalario de referencia.

Manifiesta que por causa de su patología recibe tratamiento en un centro privado al que acuden igualmente otros niños con similar trastorno y edad, que también son pacientes del mismo hospital.

Ahora bien sostiene que cinco de esos niños reciben una importante aportación económica mensual como financiación pública del SAS para seguir esta terapia, mientras que su hijo no percibe esta prestación a pesar de que se dan en el mismo idénticas condiciones (edad, diagnóstico y procedencia) que las que concurren en los que sí la obtienen, de forma que se ve obligado a abonar íntegramente el coste de las sesiones.

Entiende que esta situación revela una falta de equidad que persiste a pesar de haber contactado con los responsables del centro, así como los del SAS y la Consejería de Salud, evidenciándose un perjuicio que se extiende a otras familias andaluzas con hijos que padecen este tipo de problemas, y que podrían beneficiarse de acceder a este tipo de servicios.

El informe administrativo indicaba que el hijo del interesado inició tratamiento en la USMI del hospital en 2003, pero que abandonó el seguimiento en 2004, volviendo en 2007, cuando manifestó la familia que el menor estaba recibiendo tratamiento fuera del ámbito del SAS, para continuar a partir de entonces en lo que se refiere al tratamiento farmacológico y seguimiento complementarios al resto de intervenciones que se estaban proporcionando al paciente, puntualizando que en el último año sólo han acudido a la revisión en la USMI en una sola ocasión.

En segundo lugar se alude a la falta de pertenencia del paciente al área de referencia del centro hospitalario, aduciendo que le correspondería acudir a otro centro hospitalario, ante el cual habría de efectuar el planteamiento que le ocupa, pues tampoco les consta que hayan ejercitado la libre elección de hospital, a pesar de lo cual ese centro ha mostrado su disponibilidad para atender este caso, al igual que otros que se encuentran en las mismas condiciones.

Por otro lado se expresa que los casos que fueron derivados a centros privados se deben a la apreciación de circunstancias absolutamente excepcionales por parte del anterior responsable de la USMI, traducidas en problemas de extrema gravedad e inabordabilidad, que aconsejaban su tratamiento en recursos ajenos al SAS, aunque también se alude al desconocimiento de los criterios concretos que se siguieron para la valoración de dichos casos, respecto a los que además no existe previsión temporal en cuanto a las ayudas, que se ven condicionadas a la evolución de los menores.

En último término, y por lo que hace a la oferta terapéutica que se propone a la familia, se plantea desde el análisis de las necesidades del paciente, acorde a la cartera de servicios. En este sentido se explica cómo a partir de los 6 años se mantiene el seguimiento de los casos que no se han normalizado, dando continuidad a las actividades terapéuticas contempladas en el Plan Individual de Atención Temprana (PIAT), habiéndose ofertado la evaluación del paciente para la adaptación de las intervenciones a las recomendaciones del Proceso Asistencial Integrado de Atención Temprana (PAI TEA), sin que se haya podido llevar a cabo la misma por haberse aplazado las citas unilateralmente.

Una vez sentados los antecedentes con la información recogida en el expediente, cabe reseñar la justificación que la Administración Sanitaria lleva a cabo de la financiación pública del tratamiento privado de los pacientes que se están beneficiando de la misma, sobre la base de tres argumentaciones concretas, a saber:

- Que la derivación al centro privado se ha producido con carácter excepcional mediante el mismo procedimiento que se utiliza en otros casos para dispensar prestaciones que no están recogidas en la cartera de servicios.

- Que el paciente ha relegado voluntariamente el ámbito sanitario público, que solo interviene a su demanda, y como complemento de las otras actuaciones que le están proporcionando en la órbita privada.

- Que la oferta terapéutica al hijo del interesado, que pasa por la valoración conforme a los establecido en el PAI TEA, se ha obstaculizado por el aplazamiento de las citas por parte de la familia.

Pues bien por lo que hace a la prestación demandada por el interesado, el hospital señala que no forma parte de la cartera de servicios del SAS, aunque reconoce que sí había formado parte de la misma hasta ese año.

La cartera de servicios comunes del SAS; establecida por R.D. 1030/2006, de 15 de Septiembre, dentro de la prevista para atención especializada en el apartado dedicado a la atención de la salud mental, incluye el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con autismo, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise, y el refuerzo de las conductas saludables.

Como ocurre con la mayoría de las prestaciones que se recogen en la misma, se contemplan desde una perspectiva genérica, de manera que su concreción, por lo que a nosotros nos interesa, se lleva a cabo en el proceso asistencial integrado de TEA al cual ya hemos hecho referencia.

Según informa el hospital, y tal y como hemos comprobado de la lectura de dicho proceso, se contempla la posibilidad de dispensar intervenciones psicológicas a nivel individual y familiar o grupal, entre las que se incluyen las terapias conductuales ajustadas a las premisas generales de calidad y basadas sobre ámbitos y áreas de intervención, entre las que se incluyen la comunicación, la socialización y la simbolización.

De esta forma la terapia ABA que recibe el hijo del interesado, en cuanto método conductista que hace hincapié en la utilización del lenguaje y la comprensión, y el desarrollo de habilidades sociales de interacción, no resulta en absoluto extraña a los postulados referidos del proceso asistencial integrado que estamos considerando. Por ello aunque podamos entender que el Sistema Sanitario Público no cuente con medios para ofrecerla con la individualidad e intensidad que se precisan, estimamos que ello no debería ser un obstáculo para que se debatiera sobre las posibilidades de su incorporación, a tenor de la opinión mantenida por muchos expertos que la consideran como el abordaje terapéutico más eficaz para los niños con autismo.

En todo caso, partiendo de su exclusión de la cartera de servicios se ha considerado conveniente por parte de ese centro hospitalario dispensarla y mantenerla respecto a algunos pacientes, mientras que se le niega al hijo del interesado.

Ciertamente en casos muy excepcionales hemos asistido a la posibilidad de que el SAS autorice la derivación de pacientes para tratamiento a centros sanitarios privados, pero en estos supuestos concurren circunstancias absolutamente extraordinarias, no en vano se trata a veces de propiciar el acceso a prestaciones que no figuran en al cartera de servicios del sistema público.

Por nuestra parte hemos interrogado al hospital al objeto de conocer las circunstancias que han determinado la derivación, así como explicación de las diferencias existentes entre los supuestos autorizados, y el del paciente que nos ocupa, al objeto de valorar la justificación esgrimida. Sin embargo el centro hospitalario no ha proporcionado

ningún dato sobre este particular, alegando exclusivamente que la decisión fue tomada por un responsable de la USMI que ya no trabaja para el centro, por lo que los criterios que se tuvieron en cuenta se ignoran.

El procedimiento exigido para la derivación no se agota en la decisión del facultativo, pues con toda seguridad exige la autorización de instancias superiores. En los casos en los que se derivan pacientes a centros integrantes del Sistema Sanitario Público fuera de nuestra Comunidad Autónoma, a la recomendación facultativa es preciso sumar la autorización de la unidad correspondiente de los Servicios Centrales del SAS, por lo que no resultaría extraño un trámite similar en este caso. De todas maneras, y aun cuando sólo fuera necesaria la autorización de la Dirección Gerencia del centro, parece claro que existen otras instancias intervinientes junto al facultativo responsable de los pacientes, que habría de posicionarse respecto de las circunstancias concurrentes.

De la misma forma se supone que los pacientes que han sido derivados al centro privado también son objeto de seguimiento de la USMI del hospital, por lo que algún profesional debería estar al tanto de los casos y conocerlos en profundidad, aparte de que en dicha unidad deben constar los historiales clínicos de los mismos en los que sin duda han debido recogerse datos suficientes para responder a nuestros requerimientos de información.

Y es que la decisión que nos ocupa debe venir avalada por los diagnósticos de los pacientes y las circunstancias clínicas de los mismos, de manera que no puede resultar difícil concluir las causas de la derivación, y los elementos que diferencian a los beneficiados por la misma respecto del paciente que ahora reclama. Sobre todo si tenemos en cuenta que la decisión no es algo pasado que se agotó en el tiempo, que hace innecesario que ese centro se pronuncie al respecto; sino que en la medida que se mantiene e incluso se prevé que perdure en función de *“la evolución de los menores”*, los responsables sanitarios actuales están participando de la misma, y por tanto compartiendo los criterios en los que se fundamentó, respecto de los cuales no pueden alegar ignorancia.

Y es que en este punto la Administración ha emitido informaciones contradictorias, pues si bien en las respuestas a las reclamaciones del interesado expuso que la prestación en cuestión había sido retirada el año pasado, y señaló que se estaba evaluando a los menores derivados al centro Al Mudaris para ofertarles acogerse al programa específico de atención al autismo elaborado en el hospital, como alternativa pública a la asistencia que vienen recibiendo en el centro privado; sin embargo en el segundo informe emitido por el hospital se refiere expresamente que no hay previsión temporal respecto de las ayudas.

A la vista de lo expuesto tenemos necesariamente que concluir que no existen elementos diferenciadores del diagnóstico y circunstancias clínicas entre los pacientes derivados al centro privado y el hijo del interesado, por lo que en opinión de sus padres, y desde la perspectiva de esta Institución, se está produciendo un trato inequitativo en el acceso a una prestación sanitaria que viene prohibido por la normativa vigente.

En este sentido son numerosos los preceptos que predicán el acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva. En concreto podríamos mencionar el art. 3.2 de la Ley 14/86, de 25 de Abril, General de Sanidad («La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva»); el art. 2.4 del R.D.

1030/2006, de 15 de Septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización («Los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a la cartera de servicios comunes reconocida en este real decreto, siempre que exista una indicación clínica y sanitaria para ello, en condiciones de igualdad efectiva...»); o el art. 2.1 de la Ley 2/98, de 15 de Junio de Salud de Andalucía («Las actuaciones sobre protección de la salud, en los términos previstos en la presente Ley, se inspirarán en los siguientes principios Universalización y equidad en los niveles de salud e igualdad efectiva en las condiciones de acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía»).

Dicha conclusión en ningún modo resulta empañada por el resto de los argumentos esgrimidos por la Administración, de los que hacíamos mención al principio de nuestras consideraciones. Así ni la pertenencia del interesado a ámbito de referencia de otro centro hospitalario, que debe ser entendida como un asunto absolutamente interno, pues resulta evidente que en todo caso bastaría con que los interesados ejercitaran el derecho a la libre elección; ni el alegado apartamiento voluntario del ámbito de la sanidad pública (discutido por el reclamante), pueden justificar este trato diferenciado.

En su escrito de alegaciones el interesado aseguraba que su hijo ha estado en seguimiento por la USMI del hospital desde los tres años de vida, asistiendo a las revisiones periódicas que los profesionales han considerado necesarias, por lo que afirma que la falta de datos en la historia clínica desde 2004 a 2007 está motivada por fallos de registro de los mismos. Solamente reconoce no haber acudido a una revisión, debido a la ausencia de la psiquiatra que venía atendiendo a su hijo, con la que se concertó una nueva cita para cuando se reincorporara de su situación de baja médica, la cual tuvo lugar posteriormente.

De todas maneras no está de más que reflexionemos en este punto muy brevemente sobre la forma en que se ha venido dispensando la asistencia a los afectados de autismo, tanto en el ámbito de la atención temprana, como una vez superada la edad correspondiente a la misma. Y es que el mismo hospital reconoce que la plena integración de la USMI en el ámbito de funcionamiento del centro, no se ha producido sino recientemente, puesto que al tiempo de derivar a los pacientes al centro privado mencionado, la unidad estaba en dependencias de la Universidad y desarrollaba una actividad de tipo mixto.

La prestación de atención temprana también ha sufrido vicisitudes diversas, pues durante mucho tiempo no perteneció al área de intervención de la Administración Sanitaria, sino que estuvo englobada en el de la Administración de Servicios Sociales, la cual la dispensaba en muchos casos en colaboración con los Ayuntamientos.

Además por otro lado la publicación del Proceso Asistencial Integrado para trastornos del espectro autista no se ha producido hasta hace poco tiempo, y es a partir de entonces cuando se ha elaborado por ese centro un programa específico para la atención de dicho trastorno y por lo tanto se ha definido individualmente la atención a través de los PIAT.

Mientras que este entorno asistencial se ha ido conformando, los padres de afectados de autismo, no sólo el interesado, han intentado proporcionar a sus hijos los tratamientos que pudieran resultarles más beneficiosos, aunque para sustituir o completar la difusa atención pública, hayan tenido que recurrir en muchos casos a centros privados. De

hecho podríamos afirmar que los que en la actualidad no reciben ningún tipo de terapia en este ámbito son simplemente los que no tienen medios económicos para sufragarla.

Es de esperar que a partir de ahora esta situación mejore, pues el proceso asistencial integrado al que nos hemos venido refiriendo en esta resolución diseña el itinerario a seguir en cada caso, marca las posibilidades terapéuticas, e incluso establece una fórmula de cálculo de la intensidad de la asistencia.

Ello no evita que haya familias que consideren que la atención que se le dispensa a sus hijos es insuficiente, pero al menos se han sentado las bases para que sea la misma, en función de las necesidades del paciente. Esta apreciación reseñada resulta mucho más entendible cuando se compara con las intensidades de la atención que están recibiendo los pacientes subvencionados, cuya situación no se ha puesto en cuestión ante esta institución exclusivamente por el interesado.

A la vista de todo, se formuló a la Dirección Gerencia del hospital la siguiente **Recomendación:**

“Que ante la falta de acreditación de las circunstancias excepcionales que han motivado la derivación de determinados pacientes al centro privado Al Mudaris con cargo al Sistema Sanitario Público de Andalucía, así como de la existencia de diferencias significativas en el diagnóstico y estado clínico entre dichos pacientes y el hijo del interesado, se promueva la derivación de este último al citado centro en las mismas condiciones que aquéllos, y en la medida en que se mantenga la financiación pública del tratamiento para los mismos”.

En este caso el hospital nos ha contestado en su informe de respuesta en sentido contrario a aceptar el contenido de nuestra Recomendación, entendiendo que no se ha producido la falta de equidad que por nuestra parte se denuncia, a pesar de lo cual estimamos que tendremos ocasión de volver a pronunciarnos sobre las ayudas que se mencionan en la queja, puesto que se ha iniciado un expediente de queja de oficio por causa de las mismas, a raíz de las quejas recibidas de numerosos familiares de niños autistas residentes en Córdoba.

2. 1. 5. Urgencias y Emergencias.

En el ámbito de la atención sanitaria de los servicios de urgencia hospitalarios ya hemos tenido ocasión de pronunciarnos con anterioridad en diversas ocasiones en las que se han evidenciado importantes errores de diagnóstico. Se trata de casos con reiteradas comparecencias del paciente, en las que se han realizado las pruebas y exploraciones protocolarias, alcanzándose a veces el diagnóstico cierto cuando la patología que lo determina ha llegado a estadios de suma gravedad que han requerido agresivas intervenciones e incluso impedido salvar la vida del paciente, a pesar de los esfuerzos realizados en última instancia.

En estos especiales servicios la concurrencia del error de diagnóstico no se manifiesta de forma clara y, con independencia de que la vida del paciente se vea mas o menos comprometida, pensamos que resultan aplicables algunos de los postulados contenidos en las resoluciones emitidas con ocasión de los episodios antes aludidos.

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

Es verdad que algunas requieren de un alto índice de sospecha para el establecimiento de un diagnóstico rápido y acertado. Sin embargo, estimamos que este riesgo potencial de atención primera de patologías de gravedad debe repercutir en que los servicios de urgencias hospitalarios mantengan un plus de anticipación en cuanto a su diagnóstico, incrementándose la disponibilidad para la realización de las pruebas diagnósticas que se hagan precisas si existen dudas. Entendemos que es preciso romper la inercia de actuación de muchos centros, para conseguir una alerta generalizada en orden al diagnóstico de estas afecciones, tratando de evitar que su descubrimiento obedezca en muchos casos a una mera cuestión de azar, en el que intervienen variables diversas.

Pues bien, buen ejemplo de lo comentado lo tenemos en el expediente de **queja 10/5268**. La interesada nos exponía que tenía antecedentes de linfoma nodular y prótesis en el corazón, motivo por el cual acudió en diversas ocasiones al servicio de urgencias de un centro hospitalario con sintomatología variada, resultando de la exploración y pruebas practicadas diagnósticos también diversos.

En concreto la interesada señala que comparecieron en diversas ocasiones en Agosto y Septiembre del año 2010, hasta que fue remitido a consulta de infeccioso que tuvo lugar a finales de septiembre, donde le fue practicada una ecografía que determinó el diagnóstico de colecistitis aguda complicada, que exigió el ingreso hospitalario urgente del paciente, y el tratamiento antibiótico previo hasta que le remisión de la infección permitiera la intervención quirúrgica.

La interesada considera que se dispensó a su marido una atención sanitaria deficiente caracterizada por la falta de interés, la existencia de criterios económicos y estadísticos, y la falta de conexión entre los sucesivos episodios asistenciales, de manera que la insistencia del paciente traducida en la reiteración de las visitas, no se tuvo en cuenta para que alguno de los profesionales que le atendieron determinara la realización de pruebas complementarias que confirmaran o descartaran las sospechas del enfermo.

Y es que, aunque en los episodios asistenciales de mayo aún no se conocía, durante el mes de Junio en el marco de las revisiones habituales de su enfermedad se detectó mediante TAC la presencia de un cálculo enclavado en el cuello de la vesícula, que determinó su valoración de intervención. La interesada estima que esta afectación era la causante de toda la sintomatología que presentó el paciente en las visitas de Agosto y Septiembre, demostrándose definitivamente la complicación de este padecimiento cuando el mismo había evolucionado de gravedad. Piensa la interesada por tanto, que al ser conocida la litiasis en las visitas que tuvieron lugar a partir de junio, debió investigarse en torno a la misma, y no aplicar sistemáticamente el protocolo como si se tratara de episodios inconexos, como mera formalidad, más que con interés real por diagnosticar correctamente la dolencia.

El informe recibido del centro hospitalario concluye que el paciente consultó por la presencia de sintomatología inespecífica sin aparente gravedad y por diferentes motivos, para cuyo manejo se realizaron las pruebas complementarias pertinentes de uso común en urgencias que ofrecieron resultados de normalidad, aparte de la poca probabilidad de que los juicios clínicos emitidos en los distintos episodios asistenciales pudieran tener relación con el diagnóstico final, al no existir correlación cronológica clínica ni analítica que lo hicieran pensar. A eso se añade que se descartó una posible complicación de la coledocistitis usando para su demostración las pruebas complementarias oportunas.

Si reflexionamos sobre lo sucedido observamos que el paciente acude en Agosto y Septiembre con sintomatología diversa: astenia y cansancio, dolor suprapúbico, palpitations y fiebre (Agosto); mareo con malestar general y sensación de giro de objetos, náuseas y sudoración acompañados de molestia en el epigastrio y vómitos biliosos abundantes, y fiebre con sudoración (Septiembre).

El hospital señala que en cada caso se hicieron las pruebas complementarias oportunas, que ofrecieron resultados de normalidad, y que los diagnósticos emitidos (epigastria sin datos de complicación, epigastria sin criterios de gravedad, taquicardia supraventricular y síndrome febril de probable foco urinario, a los que habría que añadir los de síndrome vertiginoso y cervicalgia, así como síndrome febril sin foco aparente) probablemente no tienen relación con el diagnóstico final; así como que se descartó una posible complicación de la coledocistitis.

Con respecto a la aludida falta de relación entre los diagnósticos de urgencias y el diagnóstico definitivo poco podemos comentar puesto que no podemos realizar el enjuiciamiento técnico que el asunto requeriría, salvo decir que no se explican cuáles son las pruebas complementarias practicadas para descartar la colecistitis aguda, teniendo en cuenta que aparte de la lógica exploración, no se va más allá de la analítica, radiografía y electroencefalograma.

En este punto hemos realizado alguna consulta sobre la enfermedad, que nos ha puesto de manifiesto la sintomatología de la misma y las fórmulas de diagnóstico. Atendiendo al contenido de la información obtenida nos cuestionamos qué sintomatología propia de la enfermedad podríamos deducir de los resultados de las pruebas complementarias realizadas, respondiéndonos exclusivamente la presencia de leucocitosis moderada, pues la radiografía de abdomen (porque otras veces la que se realiza es de tórax) rara vez proporciona evidencias específicas de colecistitis aguda, siendo la ecografía abdominal la técnica diagnóstica de elección.

Así el descarte de la colecistitis al que se alude, debe obedecer más que a la realización de pruebas complementarias, a los resultados de la exploración, pero es que cuatro días antes de que se realizara la ecografía, aquella solo evidenciaba ligeras molestias a la palpación del hipogastrio.

En definitiva, en algún momento con toda probabilidad la coledocistitis que había sido detectada al paciente provocó la inflamación (la colecistitis obedece en el 95% de los casos a la presencia de cálculos en el interior del órgano que acaban ocluyendo el conducto cístico), y también probablemente fue necesario algún período de tiempo para que la enfermedad se agudizara y se complicara con la presencia de abscesos. Desconocemos en qué momento se gestó esta situación, pero es lógico suponer que algunos de los episodios asistenciales en urgencias guardaran relación con la dolencia, teniendo en cuenta sobre

todo que el paciente compareció en dos ocasiones con escaso margen de tiempo en relación con la fecha en que tuvo lugar la consulta de infeccioso.

Es posible que un diagnóstico anticipado en urgencias hubiera resultado difícil. Tampoco conocemos el itinerario asistencial del paciente en consultas externas en relación con esta afección, pero todo nos hace pensar, por la información que consta en las hojas de urgencias, que simplemente se encontraba pendiente de intervención, sin que ello conllevara revisiones añadidas.

Lo que queremos significar es que a pesar de la dificultad por no presentar el paciente la sintomatología más clara, existían sin embargo indicios que podían llevar a pensar en el padecimiento que al final resultó, a lo que se unió la insistencia del paciente llamando la atención sobre el cálculo que se le había detectado para achacarle los síntomas que tenía, y la reiteración de las comparecencias en urgencias.

No está exenta de razón la interesada cuando refiere la dinámica de actuación que preside la asistencia sanitaria en el servicio de urgencias, como mecanismo exclusivamente dirigido a solventar temporalmente la situación, pero escasamente capacitado para detectar incidencias que hagan preciso alterar el ritmo del proceso asistencial normalizado.

La continuidad asistencial, sobre todo en el ámbito de la atención a urgencias, descansa sobre la base de un correcto engranaje de los dispositivos sanitarios, tanto en atención primaria como en urgencias extrahospitalarias y en las de los propios hospitales. Asistimos sin embargo en muchas ocasiones a la ruptura de dicha continuidad por motivos diversos, pues no resulta extraño que unos profesionales obvien las apreciaciones previas de otros, o que ignoren las comparecencias anteriores en otros dispositivos, o incluso en el mismo al que el paciente acude sucesivamente, lo que sin duda resta elementos de singular relevancia a la hora de efectuar una valoración, sobre todo en los casos en los que cobra importancia el análisis del proceso evolutivo de la dolencia en cuestión.

En nuestra opinión no se trata de pedir dotes adivinatorias a los profesionales de la medicina, sino interpretar los indicios que se presentan, al menos para incrementar el esfuerzo, intensificando la vigilancia sobre el paciente y ampliando el espectro de pruebas a realizar. Sin duda la mera realización de un procedimiento nada invasivo como es la ecografía en alguna de las ulteriores comparecencias del interesado en el servicio de urgencias de ese centro, hubiera permitido alertar sobre otras posibilidades de diagnóstico, quizás con tiempo suficiente para evitar algunas de las complicaciones originadas.

A la vista de todo ello formulamos a la Dirección Gerencia del hospital la siguiente **Recomendación**:

“Que en el servicio de cuidados críticos y urgencias de ese hospital se mantenga un alto índice de sospecha ante la posible presencia de enfermedades de naturaleza grave, en las que el retraso en el diagnóstico puede complicar las posibilidades de tratamiento y curación, atendiendo fielmente a los protocolos e incluso anticipándose razonablemente a sus pautas, con el despliegue de los medios que se hagan necesarios para alcanzar aquél.”

Por su parte el hospital ha manifestado la aceptación de los términos de esta resolución, aunque reivindica el papel de los protocolos para lograr eficacia y eficiencia, y

ofrece datos de mortalidad por fallo en la clasificación, el diagnóstico o la falta de pruebas complementarias, por debajo de los estándares internacionales.

En nuestra opinión cualquier dato de mortalidad, aunque inferior al 0,002% resulta elevado si se da idea de algún fallecimiento que pudo ser evitado, además de considerar que el fallecimiento no puede ser en este sentido el único aspecto a tener en cuenta, sino el incremento del riesgo, el agravamiento del estado del paciente, o la duración de sus padecimientos.

Por último, en el expediente de **queja 11/1889**, de asistencia por la empresa de Emergencias Sanitarias (061), el interesado denunciaba la falta de asistencia a su esposa en su enfermedad, en relación a un episodio de mareos generalizados con fuertes dolores y vómitos que le llevó a demandar asistencia del 061, aunque relataba también situaciones similares anteriores.

Por lo visto el interesado requirió el desplazamiento de personal sanitario a su domicilio para que pusieran a su esposa un inyectable de la medicación que previamente había tomado en pastillas, la cual no le había hecho efecto.

El interesado señala que, a igual que en otras ocasiones, se limitaron a indicarle que le diera a su mujer dos pastillas de la medicación que estaba tomando, y todo ello sin tener en cuenta los antecedentes o el estado general de aquélla, por los perjuicios que dicha ingesta pudiera ocasionarle.

El informe emitido por el servicio provincial de EPES defiende en todo caso la actuación realizada, rechazando que se hubiera producido una denegación de auxilio, pues intervino un médico recomendando una medicación o alternativa de actuación, por lo que aquélla se comprende dentro de las obligaciones que pesan sobre el centro coordinador, que pueden conllevar el desplazamiento de un recurso medicalizado, de traslado, o un consejo sanitario.

Así en el informe, y en los escritos que se nos envían desde ambas partes para dar respuesta a las reclamaciones planteadas por el interesado ante diversas instancias sanitarias, se explica que la actuación del centro coordinador está protocolizada para dar una respuesta uniforme y que deben optimizar al máximo los recursos disponibles en cada momento.

El informe ofrece también la transcripción de la conversación en la cual se advierten expresiones por parte del médico coordinador en el sentido de enviar a la paciente al centro de salud para que la vean si la medicación no le hace efecto, o también que el inyectable no se lo pueden poner en el domicilio, que tendrían que acudir al centro de salud El Olivillo.

El informe administrativo expresaba que la orientación diagnóstica del padecimiento de la esposa del interesado es de vértigo inespecífico, pendiente a la fecha de elaboración del informe de otras citas con traumatología y salud mental, pero en resumidas cuentas una patología crónica con períodos de agudización y mejoría, para la que está indicado el tratamiento que viene realizando farmacológico, e higiénico-postural.

Ahora bien en cuanto a los requerimientos de asistencia urgente en los períodos de agudización de la enfermedad coincide en su corrección de acuerdo a las necesidades expresadas por el paciente y los recursos disponibles.

Dicha atención urgente es sin duda el punto de conflicto que motiva la disconformidad del interesado, respecto de la cual la propia Administración considera que puede entender que a aquél le resulte insuficiente, al no resolverse la situación con la rapidez que a todos gustaría.

Ciertamente el protocolo de coordinación de la asistencia extrahospitalaria urgente y emergente del Sistema Sanitario Público de Andalucía, determina cuatro fórmulas distintas de intervención ante las llamadas de atención urgente, teniendo en cuenta la clasificación de prioridad, que van desde la activación de un dispositivo, pasan por la transferencia de la demanda al dispositivo asistencial correspondiente, derivación al ciudadano al dispositivo asistencial correspondiente, y por último termina en la posibilidad de resolver la demanda dando información o consejo sanitario.

Aunque desconocemos el nivel de prioridad asignado a las llamadas del interesado, y en concreto a la que se corresponde con el episodio asistencial objeto de esta queja, podemos observar en el precitado protocolo que entre las urgencias clasificadas con la prioridad 3 aparece la presunción diagnóstica de vértigo periférico; mientras que en las clasificadas con prioridad 4, también denominadas “Avisos domiciliarios”, se encuentra la de mareos habituales.

En ambos casos como modus operandi se prevé la recomendación al paciente para que acuda al Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, o al centro de atención primaria más cercano por sus propios medios, aunque también se contempla la posibilidad de que el paciente no pueda desplazarse o concurren circunstancias especiales, en cuyo caso es factible transferir la información al centro de salud o al dispositivo de urgencias que será el responsable de la atención que se definitivamente se preste.

Por lo que hemos visto hasta ahora en el protocolo de atención extrahospitalaria urgente y emergente que venimos comentando, la asistencia sanitaria que se presta en el domicilio aparece directamente vinculada a la caracterización urgente de la demanda que se realice. Así la comparecencia en el domicilio de los distintos dispositivos previstos a estos efectos aparece clara en los niveles de prioridad más elevados (1 y 2) y se diluye lógicamente en los más bajos (3 y 4) hasta el punto de que impone como regla general en estos últimos la recomendación de acudir al centro de salud más próximo o al dispositivo de urgencias en funcionamiento por sus propios medios. Resulta curioso que tras reconocer la necesidad de prestación sanitaria en el domicilio en el caso de los denominados avisos domiciliarios, después se prevea igualmente dicho emplazamiento a los que requieren esta asistencia para que igualmente acudan por sus medios a los dispositivos más próximos.

Existen sin embargo preceptos incluidos en normas fundamentales del funcionamiento del sistema sanitario público andaluz, en los que la asistencia domiciliaria se contempla desde una perspectiva mucho más general.

Por poner algunos ejemplos, tanto la ley de salud de Andalucía, como el Decreto por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria en el ámbito del SAS, configuran la asistencia domiciliaria como una modalidad más de asistencia de atención primaria, que participa de la finalidad global de

esta última de aumentar la accesibilidad de la población a los servicios. En estos términos se pronuncia el art. 52.3 de la Ley 2/98 de 15 de Junio, de Salud de Andalucía, y así se configura como función de las unidades de gestión clínica en el art. 24 del Decreto 197/2007, de 3 de Julio: «Son funciones de la unidad de gestión clínica... prestar asistencia sanitaria en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencias a la población adscrita a la unidad...».

Sin embargo en la actualidad asistimos a una sustancial limitación de esta modalidad asistencial, que quizás ha de entenderse paralela al incremento de la problemática que subyace a las estructuras de atención primaria tras la reconversión desde el antiguo sistema de cupo, en la que destaca sin duda la masificación de las consultas. No resulta extraño que ante la presión asistencial que padecen, los facultativos de atención primaria sean reacios a desplazarse al domicilio de los pacientes cuando son requeridos para ello, salvo en los casos en los que se considere estrictamente indispensable.

Ahora bien, en esta Institución estimamos que además de la razón de urgencia, existe otra causa objetivable para la atención domiciliaria que debe entenderse con independencia de aquélla, aunque a veces juegue en combinación con la anterior, que es la imposibilidad para desplazarse al dispositivo sanitario y en relación a cómo debemos considerar dicha imposibilidad se abre un punto de reflexión.

Alude el protocolo de coordinación de la atención extrahospitalaria urgente y emergente a algunas circunstancias que arrojan pistas al respecto: ancianos, incapacitados físicos o psíquicos, enfermos mentales, ... pero sin duda existen procesos patológicos que sin ser graves ni urgentes comportan un estado de gran postración que hacen por lo menos inadecuado cualquier intento de desplazamiento.

Resulta difícil imaginar que una persona que presenta mareos generalizados, acompañados de dolor y vómitos, pueda siquiera levantarse de la cama sin tener que realizar para ello un gran esfuerzo, por lo que entendemos del todo desproporcionado exigirle un desplazamiento al centro sanitario más cercano.

Teniendo en cuenta estas premisas si analizamos el caso de la interesada, partiendo además de la necesidad de hacer un uso racional de los recursos sanitarios, habremos de considerar que evidentemente la dolencia que padecía no requería la atención por medios altamente especializados (061, EM,...) que deben permanecer disponibles para intervenir en los casos en los que realmente sean precisos. Pero atendiendo a la imposibilidad que la misma presentaba para desplazarse al centro de atención primaria donde se emplazaba el dispositivo de urgencias, bien pudo transferirse la llamada al mismo para que se hicieran cargo de la atención demandada.

Desde esta Institución consideramos que las distintas modalidades asistenciales se postulan para favorecer la accesibilidad a la atención sanitaria, y que dicha accesibilidad ha de ponerse en relación con la dimensión individualizada y humanizada de atención sanitaria que por los responsables del Sistema Sanitario Público de Andalucía tantas veces se propugna, tal y como han reflejado en distintos instrumentos de planificación.

A la vista de las consideraciones expuestas se formuló a la Dirección del Servicio Provincial de EPES la siguiente **Sugerencia**:

“Que se analice el caso de la esposa del interesado en la comisión de seguimiento y mejora Distrito-EPES a fin de que se planifique la atención sanitaria de la misma en los momentos de agudización de su enfermedad, cuando la sintomatología que presente no le permita desplazarse al centro de salud o dispositivo de atención a urgencias más cercano, incluyendo la posibilidad de asistencia en el domicilio si se evidencia la eficacia de las medidas terapéuticas que se reclaman en el mismo”.

Atendiendo a nuestro requerimiento de respuesta, la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias nos ha remitido un informe en el que manifiesta su aceptación de la Resolución, comprometiéndose a asignar el recurso más adecuado a la dolencia de la paciente, tras la valoración por el médico coordinador, si se vuelve a producir otra demanda asistencial de la misma.

2. 1. 6. Transporte Sanitario.

Las quejas relativas a las condiciones del transporte sanitario programado son frecuentes en esta Institución, tanto las individuales, como las provenientes de asociaciones de pacientes que en razón de los tratamientos que reciben para sus dolencias, se ven obligados a utilizarlo con asiduidad.

En primer lugar es preciso referir que por dos veces hemos dirigido resoluciones a la Dirección Gerencia del SAS para que se proceda a la elaboración de una norma con rango adecuado que se publique en el BOJA, para regular la prestación de transporte sanitario en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, a fin de superar las disfunciones que se están produciendo en los distintos dispositivos sanitarios encargados de su dispensación, por la existencia de una normación contradictoria y obsoleta (Resolución 95/90, de 28 de Diciembre; Resolución 21/95, de 3 de Julio; y N.I. de 18 de Abril de 1996).

Por parte de la Administración Sanitaria se nos aseguró que se estaba trabajando sobre la misma, aunque se reconocía la elevada complejidad, teniendo en cuenta los colectivos que podían verse afectados, así como su repercusión económica (se propuso al mismo tiempo la regulación de los casos en los que habría de reconocerse dietas para los acompañantes en los desplazamientos).

Lo anterior no obsta para que ahora volvamos a poner de manifiesto que las dificultades presupuestarias han aplazado ya por demasiado tiempo la citada normativa, que en todo caso podría limitarse a armonizar las disposiciones ya existentes, respecto a cuya aplicación existen discrepancias contrastadas en los centros sanitarios del sistema público andaluz, sin que a estos efectos se requiera ningún aporte presupuestario suplementario.

De todas maneras, ante la reiteración de las quejas por las condiciones en las que se desenvuelve el transporte sanitario colectivo, cuya prestación se lleva a cabo normalmente a través de medios ajenos concertados, también tratamos de comprobar, por medio de un expediente de queja de oficio, si desde la Administración Sanitaria se realizaba algún tipo de control sobre el funcionamiento de estos medios.

Desde la Inspección de Servicios Sanitarios se nos informó de la actividad inspectora de los vehículos de transporte sanitario colectivo, en concreto destinados a los pacientes en diálisis, y aunque se trataba de comprobar el ajuste de los mismos a los requisitos previstos en el R.D. 619/98, de 17 de Abril, y los Pliegos de Prescripciones

Técnicas (la intervención se contemplaba dentro de la línea inspectora de control del cumplimiento de la normativa sanitaria), en realidad se intentó hacer hincapié en tres aspectos: el cumplimiento de los horarios, el mantenimiento de las condiciones requeridas para obtener la autorización de funcionamiento, y la satisfacción de los usuarios.

En este orden de cosas se nos proporcionaron las conclusiones obtenidas de este estudio y se enumeraron las propuestas de intervención previstas. Entre las primeras destacaba sin lugar a dudas la insatisfacción de la mitad de los usuarios consultados en relación con el cumplimiento de los horarios de recogida tras la recepción del tratamiento, así como también las quejas relacionadas con los trayectos complejos que se apartan de las rutas habituales. Por lo que hace a las medidas propuestas se recogían las de previa aprobación de las rutas por las unidades gestoras del servicio en los hospitales, e inclusión de esta obligación de aprobación previa en los pliegos de prescripciones técnicas de los conciertos; así como la de establecimiento de sistemas de comunicación para que las referidas unidades gestoras pudieran tener conocimiento de la hora de llegada de las ambulancias a los centros, de manera que pudieran adoptar medidas correctoras sobre la marcha.

En todo caso en este tema ya nos hemos posicionado, tomando como punto de partida que a los responsables sanitarios les corresponde distribuir y asignar los recursos para la mejor satisfacción de la asistencia sanitaria de la población, lo que necesariamente implica realizar opciones y compatibilizar prestaciones de la manera que se optimice el rendimiento de los medios para dar cobertura al mayor número de usuarios.

Somos conscientes por tanto de que el intento de compaginar los servicios en función de las necesidades de tratamiento de diversos pacientes entraña necesariamente ciertas incomodidades que resultan inevitables. Ahora bien, situados en esta perspectiva tampoco pueden resultar tolerables aquellas disfunciones que vayan más allá de lo que marca el límite de la racionalidad, y estas situaciones son las que deben merecer nuestra atención.

La prescripción facultativa del transporte sanitario presupone de por sí una situación de incapacidad en el paciente para acceder por sus propios medios al centro que le dispensa la asistencia. Partiendo de este hecho pueden darse factores añadidos, como la avanzada edad, o la concurrencia de patologías, que influyen decisivamente para que el desplazamiento se desarrolle en unas condiciones más penosas y que las incomodidades referenciadas resulten para ellos sencillamente insoportables, debiéndose optar en estos casos por la prescripción de transporte sanitario individual.

Este planteamiento nos guió en el expediente de **queja 10/2310**, en el que la interesada nos detallaba las circunstancias en las que se produjo el fallecimiento de su marido, con incidencia de la atención sanitaria dispensada en sus últimos momentos, en su calidad de paciente terminal de cáncer en cuidados paliativos.

La queja de la interesada se centra en dos aspectos fundamentales, por un lado en cuanto a las condiciones del transporte sanitario, referido también a dos momentos temporales distintos, a saber, el proporcionado para los desplazamientos del paciente al hospital de referencia para recibir tratamiento de radioterapia, y el requerido para el traslado del mismo a su domicilio desde el servicio de urgencias del hospital de origen, el día antes de su fallecimiento.

En segundo lugar se centra en la desatención y trato insensibilizado que supuso la no realización del TAC que un facultativo le prescribió para diagnosticar la nueva sintomatología detectada (parálisis facial y falta de habla), tras acudir a la demanda de asistencia realizada a través del 061, y después de ser trasladado al hospital Santa Ana y pasar muchas horas en unas condiciones inadecuadas para su estado.

Así, para ejemplificar sus denuncias, la interesada relata los incoherentes recorridos realizados por las ambulancias colectivas que recogían a su marido sobre las 6:00 horas de la mañana para alcanzar el hospital entre las 8:30 y las 9:00 horas, retornando a su domicilio alrededor de las 15:00 (el trayecto de Almuñécar a Granada dura aproximadamente 60-70 minutos). En estos viajes entiende que desde Almuñécar, pasaran a recoger a otros pacientes por las localidades de Salobreña o Motril, y demás pueblos en el recorrido; pero lo que estima de todo punto incomprensible, es que tuvieran que ir a Lanjarón o a Órgiva, o que al regreso desde Granada hubiera que esperar durante horas en el centro de diálisis de Motril, para recoger a los pacientes que también se dirigían a Almuñécar.

La interesada destaca que las personas que utilizaban estos medios de transporte junto a su marido, estaban igual que él muy enfermas, y llegaban aún peor a su destino después de estos recorridos, y a sus domicilios tras haber recibido el tratamiento, por las demoras soportadas y la saturación de las ambulancias.

En otro orden de cosas la interesada manifiesta que el 17 de Diciembre de 2009 su marido se vio repentinamente afectado de parálisis facial, al tiempo que no podía hablar, por lo que llamó de inmediato al 061. Al parecer acudió a su domicilio un facultativo que conocía perfectamente la enfermedad del paciente pues pertenecía al equipo de cuidados paliativos que lo trataba, el cual creyó oportuno llevarle al hospital para la realización de un TAC a fin de comprobar si los referidos síntomas obedecían a la presencia de la metástasis en el cerebro, y por si había posibilidad de recuperar el habla.

Por lo visto el mencionado facultativo indicó a la interesada que había ordenado la realización del TAC a primera hora de la mañana, así como que inmediatamente después llevaran al paciente a casa, pero esta prescripción no llegó a cumplirse, pues este último pasó la noche en urgencias del hospital Santa Ana, de manera que al día siguiente nadie sabía nada sobre la prueba referida. De hecho tras muchas horas de incertidumbre, y merced a la intervención de un enfermero que también pertenecía al equipo de cuidados paliativos que hacía el seguimiento de su marido, y ante la situación de fallecimiento inminente del mismo, optaron por volver al domicilio.

En este momento se desencadenó para la interesada un nuevo estado de angustia puesto que, a pesar de reclamar la prestación de una ambulancia para efectuar el desplazamiento, volvieron a transcurrir horas sin que le prestaran el servicio, y fue necesario que interpelara directamente a personal de la empresa, para que por fin preparasen a su marido para el traslado, llegando definitivamente al domicilio sobre las 19:00 ó 20:00 horas, en el que falleció al día siguiente.

Pues bien en el curso de la tramitación de este expediente solicitamos informes a los hospitales implicados en los hechos reclamados, habiendo recibido sendos escritos explicativos tanto del hospital de referencia, como de la Gerencia del Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada, en la que se engloba el hospital de origen.

Así por parte del primero se puntualiza acerca de la existencia de dos tipos de transporte sanitario, el individual y el colectivo, correspondiendo al médico responsable del paciente la determinación del tipo de transporte a través del volante de petición. Por otro lado señalan que por parte de la empresa de ambulancias se asegura el cumplimiento de lo establecido en el contrato suscrito con el SAS, aprovechando las plazas disponibles en los vehículos, pero sin superar el número previsto, afirmando también que la citada empresa tiene acreditados certificados de calidad para el transporte de pacientes.

Por parte de la segunda se abunda en cuanto a que es necesario racionalizar los servicios de transporte para que se pueda garantizar a todos los ciudadanos que lo necesiten, y aunque reconoce que los tiempos y recorridos muchas veces se prolongan más de lo deseable, estima que esto es inevitable en aras del bien común. A este respecto mantiene que el día en que el interesado volvía desde el hospital de Motril a su domicilio se acumuló un elevado número de altas médicas que requerían transporte en camilla, por lo que de esta manera se retrasó el desplazamiento de los pacientes.

Por lo demás, y en cuanto a la falta de realización del TAC, piden disculpas por el “*cúmulo de circunstancias*”, que cifran fundamentalmente en una inadecuada coordinación e incompleta comunicación entre los equipos de cuidados paliativos y de urgencias del hospital, que dieron lugar a la demora excesiva en la práctica de la prueba, la cual de hecho reconocen que no se llegó a realizar, procediéndose a la instauración de tratamiento y alta al domicilio.

En todo caso el área de gestión sanitaria Sur de Granada nos da cuenta de la creación de un grupo de trabajo para dar respuesta al derecho a una muerte digna, y alude igualmente a una revisión de los protocolos de actuación para mejorar las pautas de coordinación entre los profesionales, así como los relativos a la empresa de transporte sanitario.

Por último, aun comprendiendo el dolor que embarga a la interesada ante lo sucedido, defiende la profesionalidad y humanidad de los trabajadores integrantes del servicio de urgencias, y lamenta que la percepción negativa por este suceso, se extienda al conjunto del proceso asistencial del paciente.

Ciertamente, como señala la gerencia del hospital de referencia en su informe, la decisión sobre el tipo de transporte compete al facultativo, pero mientras que por directrices organizativas internas el transporte sanitario individual aparezca reservado exclusivamente para los pacientes que padecen una enfermedad infecto contagiosa, o bien que precisen asistencia sanitaria en ruta; no resulta en principio esperable que los médicos lo prescriban a los pacientes que se rodeen de las circunstancias más arriba expuestas.

Entendemos por tanto que la concreción de las circunstancias que legitiman la indicación médica para la utilización de ambulancias individuales debe ampliarse para incluir casos en los que un menoscabo físico generalizado convierte en un auténtico calvario las que hemos considerado molestias inevitables del transporte sanitario colectivo.

En este sentido nuestra propuesta a la Secretaría General del SAS para que se establecieran criterios orientativos para los facultativos en orden a la prescripción del transporte sanitario individual frente al colectivo, fue aceptada por dicho ente directivo con la intención de ponerla en marcha de inmediato, anunciándonos el traslado de los mismos a esta Institución cuando fueran comunicados a lo distintos centros asistenciales. A pesar de

que desde entonces han transcurrido casi tres años, no hemos vuelto a tener noticias sobre este asunto, y teniendo en cuenta que se siguen reproduciendo las quejas por las mismas cuestiones, de las cuales la de la interesada es otro ejemplo más en este sentido, es por lo que pensamos que poco o nada se ha avanzado en este asunto.

El segundo camino por el que hemos intentado favorecer la mejora de las condiciones de los desplazamientos de estos pacientes, es el de la puesta en marcha en todos los hospitales de las comisiones de seguimiento en las que se vienen integrando las asociaciones de pacientes afectados, y que a nuestro entender debieran ampliarse más allá de los correspondientes a los traslados de pacientes renales, pues el colectivo de pacientes oncológicos sometidos a tratamiento resulta igualmente afectado por la problemática que estamos considerando, siempre con el fin de que los puntos de vista de los usuarios en todos los aspectos relacionados con los traslados, sean tenidos en cuenta (organización de las rutas, horarios, etc.).

Por la información que tenemos parece que en Junio de 2009 se abordó en una reunión conjunta de los hospitales Virgen de las Nieves y San Cecilio de Granada, la constitución de comisiones de seguimiento que funcionarían de manera independiente en cada uno de los centros, pero como hemos dicho estaban exclusivamente referidas a los traslados de enfermos renales, y en todo caso, la actividad que la correspondiente al hospital San Cecilio haya podido desarrollar con posterioridad, en el supuesto de que haya existido, no ha impedido que en ese mismo verano se provocaran al marido de la interesada los perjuicios que aquélla relata en su escrito inicial (demoras e itinerarios excesivos), y que amplía con posterioridad en sus alegaciones (olvidos de recogida, desvíos por poblaciones fuera de la ruta, cambios de vehículo durante el camino, ocupación de la camilla, exceso de velocidad, largas esperas en Motril para recoger a otros pacientes del hospital o del centro de diálisis,...).

Una vez decidido el regreso del paciente a su domicilio, la situación se agravó por la excesiva demora en la puesta a disposición de un medio de transporte sanitario, prolongándose de manera innecesaria la estancia de aquél en el hospital “*durante horas*”, según señala la interesada.

El informe recibido del área de gestión sanitaria Sur de Granada esgrime la racionalización del servicio para poder garantizar el mismo a todos los que lo precisan, aunque este modo de proceder repercuta en el alargamiento de los tiempos y los recorridos de los desplazamientos. En concreto se afirma que la empresa de transporte sanitario había dado cuenta de la acumulación de un elevado número de altas médicas que requerían transporte en camilla en aquel día, por lo que se retrasó el traslado de los pacientes.

Vaya por delante que nada puede decirse en contra de la racionalización, que a nuestro entender implica organización y aplicación de criterios para mejorar la eficacia del servicio. Lógicamente las posibilidades de atención del servicio de transporte al alta hospitalaria, dependen del número de vehículos ambulancias con que se cuente para desarrollar tal cometido. Por otro lado, aunque el número de servicios requeridos varíen, es posible manejar datos estadísticos que permitan realizar estimaciones de los recursos con los que la empresa concertada debe hacer frente a esta prestación.

Desconociendo uno y otro aspecto resulta imposible realizar un juicio de suficiencia de medios, pero mucho nos tememos que la situación descrita por la interesada dista de ser un caso excepcional.

De todas maneras el relato de aquélla contradice el discurso administrativo, pues señala que durante largo tiempo en la puerta de urgencias permanecieron aparcadas dos ambulancias, de las cuales se marchó una, permaneciendo la otra. Es más, la reclamante insiste en su escrito de alegaciones en la aparente falta de criterio con la que se decidía la prelación en los traslados, y la autonomía con la que a estos efectos se manejaba el personal de la empresa, como demuestra el hecho de que cambiaran de opinión sobre el traslado de su marido ante la presión ejercida por ella.

A la vista de lo expuesto no podemos dejar de preguntarnos cuál es el criterio que decide la prioridad en el traslado, o si es que definitivamente aquél no existe y la situación del paciente en nada incide respecto del orden temporal en el que parten los vehículos, aparte de cuestionarnos también si es que esta importante gestión se deja exclusivamente al arbitrio de la empresa de transporte, ante la que se abandona al usuario, sin que se la pueda dirigir con arreglo a criterios médicos o humanitarios.

Las consideraciones expuestas nos llevan a formular la siguiente **Recomendación:**

- A la Dirección Gerencia del hospital de referencia:

“Que se incorpore a los pliegos de prescripciones técnicas de los conciertos para la prestación del transporte sanitario colectivo, la obligación de aprobación previa de las rutas por parte del centro hospitalario.

Que se pongan en marcha o se evalúen sus funciones, en caso de existir, sistemas de comunicación entre los dispositivos de transporte sanitario colectivo y la unidad gestora correspondiente del hospital, de forma que se puedan adoptar medidas ante los horarios reales de llegada de los vehículos.

Que se establezca la comisión de seguimiento del transporte sanitario colectivo, y en su caso se amplíe su cometido en relación con todos los grupos de usuarios del mismo, entre los que lógicamente figura el de los pacientes oncológicos que reciben tratamiento en el hospital, a cuyas asociaciones debe darse cabida y participación.

Que se establezcan criterios orientativos para los facultativos en orden a la prescripción del transporte sanitario individual frente al colectivo, con explicación de las circunstancias concurrentes que por suponer una elevación de la penosidad de las condiciones de los desplazamientos más allá de lo razonable, hacen recomendable el traslado en un vehículo individual”.

- A la Gerencia del Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada:

“Que se garantice la efectiva aplicación del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos, así como la continuidad asistencial ante las crisis de

necesidad que impliquen la intervención del servicio de cuidados críticos y urgencias hospitalario.

Que se establezcan criterios de prioridad para los traslados en ambulancia tras el alta hospitalaria, atendiendo al estado de salud de los pacientes.

Que se de conocimiento a esta Institución de los resultados del grupo de trabajo constituido para garantizar el proceso de muerte digna, y de las medidas acordadas tras la revisión de los protocolos de coordinación con el resto de recursos de atención en cuidados paliativos, y con la empresa de transporte sanitario”.

El informe de respuesta que hemos recibido del hospital alude a las actuaciones adoptadas en relación con las condiciones del transporte sanitario, entre las que figuran la de la propuesta de incluir en el Pliego de Prescripciones Técnicas par la contratación del servicio en Granada, el control de calidad, en el que se contemplan controles internos y externos con carácter periódico.

Por su parte el Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada nos ha enviado las conclusiones adoptadas por el grupo de trabajo constituido para el análisis de la atención sanitaria al final de la vida, algunas de las cuales ya han comenzado a ponerse en práctica.

En este caso hemos considerado que por parte de los Organismos implicados se han aceptado activamente los términos de nuestra Resolución.

2. 1. 7. Gestión administrativa.

En el expediente de **queja 09/5729** la interesada nos expuso los distintos procesos patológicos que le habían afectado y los procesos de incapacidad temporal iniciados por causa de los mismos sorprendiéndose de que a pesar de que el segundo período de IT obedeciera a una enfermedad totalmente distinta del primero, su médico de atención primaria le negara la baja hasta que la misma fuera autorizada por la Inspección de Servicios Sanitarios.

En concreto, la interesada manifestó desde un principio su deseo de conocer el fundamento normativo de esta necesaria autorización y puesto que las gestiones realizadas en este sentido ante las Administraciones competentes no habían dado resultado, requirió la intervención de esta Institución.

El informe de la Inspección de Servicios Sanitarios manifiesta que la interesada estaba inmersa en una situación de incapacidad laboral temporal desde el 23 de Junio de 2009 y que tras ser citada por los facultativos del INSS, los cuales apreciaron que no estaba impedida para trabajar en su puesto de administrativa, se extendió por los mismos el alta laboral en fecha 12 de Octubre de 2009.

Continúa señalando que por parte de la Inspección del SAS se ratificó el alta y se comunicó al médico de atención primaria de la interesada, y que dicha unidad no podía resolver la reclamación previa a la vía judicial, que debió haberse presentado ante el INSS, que fue el Organismo que la emitió.

Indica igualmente que con posterioridad la UVMI autorizó la extensión de baja médica con fecha 19 de Octubre de 2009 para intervención quirúrgica programada, así como desplazamiento a Navarra, por un cuadro patológico que presentaba previamente, estando programada la operación desde antes del alta médica previa, permaneciendo en esta situación hasta el 6 de Noviembre de 2009. De idéntica manera procedió dicha unidad tras solicitud de autorización del médico de atención primaria, respecto del período de incapacidad temporal que se prolongó desde el 11 de Enero de 2010 hasta el 2 de Marzo de 2010.

Desde nuestra perspectiva, puesto que el referido informe abunda en la consideración de que la patología que causó las bajas posteriores ya estaba presente en el período de incapacidad temporal iniciado el 23 de Junio de 2009, y la que causó la baja médica de 11 de Enero de 2010 era la misma; llegamos a interpretar erróneamente que si bien se motivaban en procesos patológicos distintos, el segundo ya había sido tomado en consideración para el dictado de la primera baja.

Fue la interesada la que en un escrito posterior a esta Institución vino a exponer que las patologías que habían motivado los procesos de incapacidad temporal no guardaban ninguna relación ni tenían que ver entre sí puesto que la que motivó la baja de 23 de Junio de 2009 fue una rotura de rótula, y la de las bajas posteriores fue una intervención mamaria.

Por parte de la Inspección de Servicios Sanitarios se justifica en todo momento la capacidad del INSS para expedir el alta laboral en el dictado de la Orden de 18 de Septiembre de 1988 que desarrolla el R.D. 575/97, de 18 de Abril, sobre gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal, y al ser requerida en concreto en una nueva solicitud de informe a esa Delegación Provincial por el fundamento normativo para la autorización de las nuevas bajas en los seis meses posteriores al alta emitida por el INSS, la Inspección de Servicios Sanitarios apunta en su segundo escrito informativo a la disposición adicional única de dicha norma: «Cuando en un proceso de incapacidad temporal se haya expedido el parte médico de alta por los servicios adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social, durante los seis meses siguientes a la fecha en que se expidió aquella, los correspondientes partes médicos de baja únicamente podrán ser expedidos por la Inspección de los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del correspondiente Servicio de Salud..., de oficio o a propuesta del facultativo del Servicio de Salud».

Ahora bien, obvia la Inspección en su informe el fragmento de dicha disposición adicional que ha sido sustituido por los puntos suspensivos: «en relación con el proceso patológico que originó el alta», cuya inclusión en el texto normativo lleva a considerar que la autorización de la Inspección de Servicios Sanitarios solamente es necesaria cuando las nuevas bajas obedezcan al mismo proceso patológico que determinó el alta por parte de los facultativos del INSS.

Argumenta en este punto el informe administrativo que la incapacidad temporal iniciada el 11 de Enero de 2010 (examen tras cirugía) es consecuencia del alta del INSS del 12 de Octubre de 2009 (rotura de rótula), lo cual no llegamos a entender, y que en el caso de la incapacidad temporal de fecha 19 de Octubre de 2009, se limitaron a señalar al facultativo que se autorizaba.

Lo más curioso es que según la inspección de servicios sanitarios, partiendo de que en todos los casos en los que se ha solicitado autorización para una nueva incapacidad temporal se ha autorizado la extensión de la baja médica, ello no implica que la autorización sea requisito imprescindible para la resolución de la nueva incapacidad temporal. En definitiva que la inspección de servicios sanitarios se pronuncia sólo y exclusivamente porque el médico de atención primaria se lo solicita, entendiéndose que debe hacerlo al tratarse de un asunto que entra en el ámbito de sus competencias, no habiéndose indicado en ningún momento al facultativo en cuestión que tenga la obligación de pedir autorización a dicha unidad, más que en lo relativo a las solicitudes de desplazamiento realizadas por la interesada.

Entiende el Coordinador Provincial de la UVMI que se ha producido una buena coordinación entre el facultativo del servicio de salud, la inspección de servicios sanitarios y la interesada, que ha quedado demostrada a la vista de las posteriores situaciones de incapacidad temporal.

Desconocemos si con posterioridad a los tres períodos de incapacidad temporal descritos por la interesada y recogidos en el informe, se han producido otros, y confirmamos que en todos los casos se ha asentido por la inspección a las solicitudes recibidas para la extensión de nuevos partes de baja médica. Ahora bien, no nos parece que la coordinación anunciada sea tan patente cuando sin duda el facultativo de atención primaria se cree en la necesidad de solicitar la autorización de la inspección en supuestos en los que dicha obligación no existe, y la inspección se contenta con advertir que dicha unidad no ha indicado tal cosa al facultativo, cuando tampoco le ha informado de lo contrario, es decir, de que tal obligatoriedad no existe en el supuesto de que la baja se inicie por un proceso patológico distinto al que determinó el alta del INSS.

Esta creencia equivocada por parte del facultativo de atención primaria nos consta que no se trata de un caso aislado, pues ya hemos recepcionado quejas alusivas a este tema en otras ocasiones, y la misma interesada alude en uno de sus escritos a su pretensión de que la respuesta obtenida no sirva sólo para ella, sino para todos los ciudadanos.

Consultado el Reglamento que regula las funciones de la Inspección de Servicios Sanitarios (Decreto 224/2005, de 18 de Octubre), y fundamentalmente los Planes Anuales de Inspección de los últimos años, comprobamos que en los mismos se recoge la necesidad de formar en materia de incapacidad temporal en el ámbito de atención primaria. Así en el correspondiente al año 2010 se contempla esta formación como medida específica con carácter presencial mediante el desplazamiento de los inspectores a los centros de salud para participación en sesiones de formación continuada y la organización de seminarios y jornadas en los que se potencia la participación de los médicos de familia. También se prevé el desarrollo de una aplicación para la formación en IT que permita la interacción de los distintos agentes que participan en la gestión. Por otro lado en el Plan de Inspección de este año se alude a la participación de los médicos del INSS en actividades formativas de IT en atención primaria.

A la vista de lo expuesto y teniendo en cuenta que la necesidad de incrementar la formación de los distintos agentes que intervienen en el control de la incapacidad temporal se reconoce por la misma Administración Sanitaria, esta Institución elevó a la Delegación Provincial la siguiente **Sugerencia**:

“Que de acuerdo con lo previsto en los Planes Anuales de Inspección de los últimos años, se inste a la Inspección Provincial de Servicios Sanitarios a desarrollar acciones formativas en los centros de atención primaria en las que claramente se expliquen los supuestos en los que, tras el alta del INSS, se precisa la autorización de la referida Inspección para emitir una nueva baja, con expresa mención de la innecesariedad de dicha autorización cuando la nueva baja obedece a un proceso patológico distinto del que originó el alta, y ello con independencia de los mecanismos de coordinación que para aunar criterios se quieran establecer en estos casos.

Que se comunique dicho criterio específicamente al médico de atención primaria de la interesada”.

El informe recibido del Coordinador Provincial de la UVMI a través de la Delegación Provincial de Salud de Cádiz, abunda en la explicación de la normativa reguladora en este ámbito, aunque tras afirmar que en el caso de las altas emitidas por los inspectores del INSS estos serán los únicos competentes para emitir una nueva baja en el período de seis meses por la misma o similar patología, concluye señalando que en caso de distinta patología el médico de atención primaria podrá extender la baja médica sin precisar ninguna autorización de la Inspección de Servicios Sanitarios, señalando a este respecto que se ha dado conocimiento de esta disposición a los facultativos de atención primaria.

Entendimos por tanto que la Administración Sanitaria de esta manera daba cumplimiento al contenido de nuestras Recomendaciones.

En el expediente de **queja 10/1791** el interesado compareció denunciando la denegación del reintegro de los gastos soportados por su parte para sufragar prestación ortoprotésica que le fue prescrita por especialista del hospital en el que se encontraba ingresado tras asistencia sanitaria urgente derivada de accidente de tráfico sufrido en la provincia de Málaga.

El interesado en la presente queja se dirigió a esta Institución exponiendo que en Noviembre de 2007 sufrió un accidente de motocicleta en la provincia de Málaga, que motivó su traslado urgente al Hospital Costa del Sol de Marbella, en el que se acordó su ingreso, siéndole extendida el alta médica unos días después.

Efectuado su diagnóstico como fractura de C5 y de raquis dorsal, consta en el informe de alta hospitalaria la indicación de tratamiento ortopédico consistente en *“Minerva en termoplástico semirrígido con apoyo occipito-mentoniano esternal y hombros, más apoyo en parrilla costal”.*

Alega el compareciente que, a pesar de la prescripción de la órtesis por el facultativo del referido Hospital y de recomendarle terapéuticamente el informe posterior de alta la necesidad de su mantenimiento, fue informado de que la prótesis no le sería ni dispensada por el Hospital ni asumiría éste su financiación, siendo el usuario el que tenía que adquirirla directamente y sufragar su importe a su propia costa, por tratarse de paciente no comprendido en el ámbito geográfico de población del centro hospitalario que le dispensó la asistencia sanitaria; sin perjuicio de que reclamara posteriormente el reintegro del gasto al Hospital que por su domicilio le corresponde como Hospital de referencia, es decir, al Hospital de La Línea.

Por esta razón, el reclamante se ciñó a la prescripción indicada para tratar la fractura de cuello y raquis dorsal y se vio obligado a adquirir la ortoprótesis, abonando su importe, ascendente a 450 euros, IVA incluido, al ortopeda que se la facilitó y colocó. Consta aportada la factura acreditativa del material adquirido, su fecha e importe.

Siguiendo las instrucciones recibidas en el Hospital Costa del Sol, el interesado reclamó el reintegro del gasto anticipado para la adquisición de la ortoprótesis ante el Servicio de Gestión de Usuarios del Hospital de La Línea, donde, desmintiendo la información dada al usuario, le aclararon que el reembolso pretendido correspondía obtenerlo del centro prescriptor de la prestación.

Esta nueva versión, condujo al reclamante a dirigir el escrito correspondiente al Hospital Costa del Sol, del que, transcurrido un año y medio, recibió notificación en la que se le solicitó la remisión de toda la documentación relativa a la asistencia sanitaria, la prescripción médica del aparato ortopédico y la factura del mismo. Afirma asimismo el compareciente que hasta la recepción de dicha comunicación, había tratado verbalmente la cuestión en diversas ocasiones con el Hospital Costa del Sol, sin que la procedencia de asumir el reintegro del importe se hubiese cuestionado, justificando el retraso en la tramitación y en la orden de pago en razones de pendencia de asuntos.

A pesar de lo expuesto, en Junio de 2009, el Director Gerente del Hospital Costa del Sol, dictó resolución en la que acordó desestimar la petición de reintegro de gastos solicitada, por las razones contenidas en la misma que posteriormente examinaremos, al coincidir sustancialmente con las que adujo en el informe evacuado en el seno de la presente queja.

Por su parte, el Hospital de La Línea, una vez que le fue reclamado el reintegro por el reclamante, producida la resolución desestimatoria antedicha, rechazaba que el centro hospitalario tuviese obligación de asumir el coste del corsé, por no haber sido la prótesis prescrita por ningún facultativo del centro sanitario.

El usuario, por último, expuso los hechos ante los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud, sin que conste que haya recibido respuesta.

Hay que hacer constar que el interesado es beneficiario del derecho a la asistencia sanitaria en el sistema público, siendo titular del correspondiente documento de afiliación que acredita su acceso a los servicios sanitarios y cuya fotocopia adjuntó al expediente.

Admitida a trámite la queja, esta Defensoría recabó la emisión del preceptivo informe al Director Gerente del Hospital Costa del Sol y al del Hospital de La Línea.

Evacuó alegaciones el primero, en las que aceptando los presupuestos fácticos relatados por el reclamante y reconociendo la instauración en dicho Hospital de tratamiento ortopédico al paciente, como prestación ortoprotésica reconocida a los usuarios del sistema sanitario público, destaca que el Hospital Costa del Sol es una Empresa Pública Sanitaria que, en sentido estricto, al no depender del Servicio Andaluz de Salud, no está tampoco sometida a las Resoluciones dictadas por dicho Servicio sanitario en materia de desarrollo de la prestación ortoprotésica (Resoluciones de 9 de Noviembre de 1998 y de 15 de Abril de 1999). No obstante lo cual, añade que puesto que la Empresa Pública Hospital Costa del Sol no puede privar al usuario de una prestación que tiene reconocida en los centros

sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, se aviene el Director Gerente informante a materializar la aplicación de las Resoluciones en cuestión, sometiéndose a las mismas, llegando a la conclusión de que la dicción literal de la de 15 de Abril de 1999, impide que corresponda al centro hospitalario que regenta asumir el coste de la prestación que uno de sus facultativos prescribió al paciente asistido en el mismo. Y ello porque el único supuesto de reintegro de gastos que las Resoluciones del Servicio Andaluz de Salud contemplan, es el que tiene lugar cuando la prescripción ha sido efectuada fuera del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Andalucía, en cuyo caso el paciente que la haya costado podrá solicitar su reembolso y este deberá hacerse efectivo, en el lugar de su residencia. A juicio del Director Gerente, la distinción entre Hospitales del Servicio Andaluz de Salud y Hospitales de otras Comunidades Autónomas que por ello no lo son, que contempla la Resolución de 15 de Abril de 1999 como causa del reintegro, permite su aplicación analógica al supuesto planteado, para lo que distingue, por dicha analogía, entre Hospitales del Servicio Andaluz de Salud de la Comunidad Autónoma y los Hospitales del sistema sanitario público de la misma Comunidad Autónoma, que no forman sin embargo parte del Servicio Andaluz de Salud. Lo que supone que, conforme a dicho argumento, es el Hospital de referencia del reclamante el que debe atender la petición del usuario, como centro de su lugar de residencia. A todo lo cual añade que la Empresa Pública Hospital Costa del Sol, conforme al Decreto 104/1993, de 3 de Agosto, se constituyó con objeto, entre otros, de prestar asistencia sanitaria a las personas incluidas en su ámbito geográfico y poblacional; ámbito al que no pertenece el reclamante.

Por su parte, la Dirección del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar, emitió informe corroborando punto por punto las gestiones y reclamaciones relatadas por el interesado, manifestó su disconformidad con la postura del Hospital Costa del Sol, con fundamento en que la prestación ortoprotésica, como garantizada en el sistema sanitario público a todos sus usuarios, hubo de ser asumida por el referido centro desde el mismo momento de su prescripción, procediendo a su dispensación y facturación, conforme al Decreto 104/1993, de 3 de Agosto. Sin que pueda aludir a la Resolución del Servicio Andaluz de Salud de 15 de Abril de 1999, que constreñida a dicho Servicio, contempla además el reintegro, única y exclusivamente, para los supuestos de prescripciones efectuadas fuera de nuestra Comunidad Autónoma, sin que sea este el supuesto planteado. Destaca igualmente el informe el criterio restrictivo que aplica la Empresa Pública Sanitaria Hospital Costa del Sol, cuando excluye de entre la población susceptible de beneficiarse de su prestación de asistencia sanitaria, a efectos de asumir el coste de la devengada por la que se preste, a la población que eventualmente se encuentre en su ámbito geográfico de influencia. Y, por último, reseña que, en cualquier caso, debió tomar en consideración el centro prescriptor de la prótesis, la posibilidad de recuperación del gasto al tratarse de un supuesto de tercero obligado al pago, por derivarse la asistencia sanitaria de un accidente de circulación, conforme al Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre.

Delimitado el debate en los términos expresados en el punto anterior y puesto que, como no podía ser de otro modo, ninguna de las reclamadas discute el derecho del usuario a beneficiarse de la prestación ortoprotésica que su tratamiento requirió y a recuperar la inversión que se vio obligado a realizar, la cuestión en litigio queda reducida a determinar a cuál de los centros sanitarios corresponde efectuar el reembolso de su importe.

1º.- La ordenación del Sistema Sanitario Público de Andalucía

La Ley de Salud de Andalucía 2/1998, de 15 de Junio determina que la gestión directa de la prestación de la asistencia sanitaria, se lleva a cabo tanto a través del Servicio Andaluz de Salud, adscrito a la Consejería de Salud, como a través de los centros sanitarios de las empresas públicas adscritas a dicha Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía, entre las que se encuentra la Empresa Pública Sanitaria Hospital de la Costa del Sol. Ambos, Servicio Andaluz de Salud y Empresa Pública Hospital de la Costa del Sol, forman parte del sistema sanitario público de Andalucía.

Como parte integrante de dicho sistema sanitario, tanto al Servicio Andaluz de Salud como a la Empresa Pública Hospital de la Costa del Sol, les corresponde la prestación directa de la asistencia sanitaria y hacer efectivo el catálogo de prestaciones básico que consagra la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003 para todos los usuarios, conforme a la cartera de servicios comunes del Real Decreto 1030/2006.

Funcionalmente, ambas, -tanto la agencia administrativa como la empresa pública citadas-, por lo que en el presente interesa, vienen obligadas a la prestación de asistencia sanitaria, bajo la supervisión y control de la Consejería de Salud a que están adscritas y con sujeción a las directrices y criterios generales de la política de salud en Andalucía (artículos 65 de la Ley de Salud de Andalucía 2/1998, de 15 de Junio y 13 del Decreto 171/2009, de 19 de Mayo, así como artículos 1, 2.2 y 6.8 de los Estatutos de la Empresa Pública Hospital de la Costa del Sol aprobados por Decreto 104/1993, de 3 de Agosto. Variando únicamente su ámbito territorial de actuación, dado que el del Servicio Andaluz de Salud alcanza a toda la Comunidad Autónoma y el de la empresa pública hospitalaria se constriñe a su ámbito geográfico y poblacional.

Sin embargo, en sus respectivos territorios de influencia, la prestación de la asistencia sanitaria a los usuarios ha de ser cuantitativa y cualitativamente una y la misma.

2º.- La Prestación Ortoprotésica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía:

En el ámbito autonómico andaluz, dentro de las bases estatales que en materia de prestaciones sanitarias establecen la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003, de 28 de Mayo y su cartera de servicios comunes del Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, el Decreto 195/1998, de 13 de Octubre, aprobado a propuesta de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, establece un régimen mejorado de la prestación ortoprotésica, que, en consecuencia con lo expuesto, ha de ser asumido en la prestación de asistencia sanitaria tanto por el Servicio Andaluz de Salud como por las empresas públicas con funciones en dicho ámbito, vinculando directamente a ambas.

El Hospital de la Costa del Sol, sin embargo, se ampara en su naturaleza jurídica de Empresa Pública, con personalidad jurídica propia, plena capacidad jurídica y de obrar para el cumplimiento de sus fines, patrimonio propio y administración autónoma (artículo 2.1 del Decreto 104/1993, de 3 de Agosto), para destacar que constituye un organismo distinto y diferenciado del Servicio Andaluz de Salud, que no depende del mismo y que, por tanto, sólo con el fin de no impedir que los usuarios del Hospital que gestionan sufran la privación del reconocimiento de una prestación sanitaria procedente, se someten voluntaria y graciosamente a dar aplicación a las Resoluciones dictadas en esta materia por el Servicio Andaluz de Salud, para llegar a la peculiar conclusión que contiene el informe, en la que se establece una incomprensible equiparación entre las prestaciones sanitarias que ellos,

como Hospital Empresa Pública, prescriban a usuarios andaluces a los que atiendan sin residir administrativamente en su territorio, y las que dispensen los Hospitales ajenos al sistema sanitario público andaluz (de fuera de la Comunidad Autónoma).

Pues bien, queda claro con todo lo examinado hasta el momento, que la Empresa Pública Sanitaria Hospital de la Costa del Sol, parece desconocer de la forma más inexplicable, que el origen, la fuente inmediata de la que se deriva su obligación de dispensar y sufragar el coste de la prestación ortoprotésica prescrita por un facultativo competente de su centro sanitario, a un usuario asistido en el mismo (máxime cuando lo fue en virtud de otra de las modalidades de prestación sanitaria básicas y comunes a todo el territorio del Estado, la de atención de urgencia que, en este caso, vino motivada por accidente de circulación en su ámbito geográfico de actuación), no se encuentra en Resolución o norma alguna del Servicio Andaluz de Salud, sino, muy al contrario en las reiteradas normas estatales, básicas e intangibles, Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003 y su cartera de servicios comunes del Real Decreto 1030/2006, así como, en las mejoras y beneficios reconocidos por el Decreto de la Junta de Andalucía 195/1998, de 13 de Octubre, por el que se regula la prestación ortoprotésica en nuestro ámbito territorial. De manera que no se trata de la voluntad de la Dirección Gerencia de ese Hospital reclamado, de ampliar en el mismo, una prestación que el usuario andaluz tiene reconocida en los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, para no discriminar a los que atienda la Empresa Pública, sino que dicha prestación la tienen todos los españoles reconocida en el conjunto del Sistema Nacional de Salud y con ello los andaluces sin distinción, lo que incluye la obligación de su prestación en el sistema sanitario público de la Comunidad Autónoma de Andalucía, del que forma parte la referida Empresa Pública.

Incurre además la reclamada Empresa Pública, el error de ignorar que en su ámbito geográfico y poblacional de actuación, no sólo se comprenden los usuarios con vecindad administrativa o residencia en la zona de su cobertura sanitaria, sino, como por lo demás ocurre a cualquier centro sanitario, también los usuarios eventual o transitoriamente desplazados a la referida localización geográfica, incluyéndose dentro de su población, tanto la permanente como la flotante o eventual. Manteniendo otra postura, dicho Hospital estaría incluso facultado para repetir al de referencia del reclamante (el de La Línea), el coste de la asistencia sanitaria que prestaron a usuario del segundo. Cabe recordar, como ya se ha apuntado, que además el interesado no eligió ser asistido en el Hospital de la Costa del Sol cuando "*pasaba por allí*", sino que tuvo un accidente que provocó que el centro le prestara la atención básica de urgencia o atención sanitaria inmediata a que legalmente viene obligado (artículo 15 de la Ley 16/2003), en cuyo transcurso el facultativo competente y en documento oficial, le prescribió la ortoprotésis que tendría que haber sido dispensada y financiada por ello por el Hospital de la Costa del Sol sin ningún género de dudas.

Son por ello irrelevantes las Resoluciones del Servicio Andaluz que cita dicha Empresa Pública, ya que no está en ellas el vínculo que la obliga, ni, en todo caso, resulta admisible la peculiar e incomprensible analogía que realiza, como si el Hospital gestionado fuera una especie de territorio independiente y desgajado, dentro del sistema sanitario de nuestra Comunidad.

En puridad de conceptos, ni siquiera puede hablarse en el presente de un supuesto de reintegro de gastos, sino del justo reembolso al usuario de una suma que indebidamente se le obligó a costear por el centro sanitario público que le atendió y que, olvidando su obligación y los recursos públicos de los que se nutre y financia, denegó al

paciente la dispensación y financiación de una prestación básica a la que tiene derecho, cual si de tratara de un centro sanitario privado o atendiera sanitariamente a un usuario sin derecho asistencial.

Comparte esta Defensoría con ello, la postura manifestada en su informe por la Directora del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar, cuya actuación no puede merecer reproche alguno, ya que el Hospital de La Línea ha sido ajeno a la prescripción del material ortoprotésico.

3º.- La gestión del Sistema Sanitario Público de Andalucía y las funciones de supervisión y coordinación del mismo de la Consejería de Salud:

La Ley de Salud de Andalucía 2/1998, de 15 de Junio, en conjunción con el Decreto 171/2009, de 19 de Mayo, por el que se establece la Estructura Orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud, atribuyen a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, competencia en materia de supervisión, control, inspección y evaluación de los servicios, centros y establecimientos sanitarios, así como la coordinación general de las prestaciones, su supervisión, inspección y evaluación y, en general, la coordinación de todo el dispositivo sanitario público y de cobertura pública.

Específicamente, el artículo 46 de la Ley 2/1998, se refiere a la función de la Consejería de Salud en la dirección y coordinación de las actividades, servicios y recursos del sistema sanitario público andaluz, garantizando la integración y la coordinación del mismo, en orden a posibilitar la igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones bajo los principios de aseguramiento único y financiación pública.

De las actuaciones practicadas en la presente queja, particularmente visto el informe emitido por el Director Gerente de la Empresa Pública Hospital de la Costa del Sol, se revela la necesidad de que por la Consejería de Salud se ejerzan en su plenitud las funciones de dirección y control referidas, tomando en consideración la complejidad actual en la gestión de la asistencia sanitaria pública y la confusión que respecto a algunos aspectos de sus prestaciones, provoca el menoscabo de los derechos de los usuarios de unos u otros de los organismos que la gestionan.

Por esta razón se acuerda dar traslado de la presente Resolución a la Consejería de Salud, para su debido conocimiento y efectos correspondientes.

Las consideraciones expuestas llevan a esta Defensoría, a efectuar a la Empresa Pública Hospital de la Costa del Sol la siguiente **Recomendación**:

“Que proceda sin dilación a reponer en el patrimonio del usuario reclamante los 450 euros abonados por este para la adquisición de material ortoprotésico incluido en el catálogo de prestaciones y prescrito a aquél por facultativo del Hospital Costa del Sol en el transcurso de la asistencia sanitaria urgente prestada al mismo el 4 de noviembre de 2007.”

Tanto por parte de la Empresa Pública referida como de la misma Consejería de Salud se nos ha informado de que se ha llevado a cabo efectivamente el reintegro reclamado.

2. 1. 8. Derechos de los Usuarios.

2. 1. 8. 1. Derecho a la libre elección de Médico/Enfermería

En el expediente de **queja 10/6513** el interesado mostraba su disconformidad ante la negativa del Centro de Salud a dispensarle a su esposa asistencia de enfermería (un análisis de sangre), por entender que su domicilio no entra en el ámbito de actuación de dicho centro.

El interesado nos decía que hace 4 años que cambiaron de domicilio pero que amparándose en el derecho que le confiere la normativa sobre la libre elección de médico y pediatra, Decreto 60/1999, su familia y él decidieron continuar con los mismos médicos que tenían aunque por lugar de residencia les perteneciera otro Centro de Salud, no planteándose problema alguno por parte del Centro de Salud de referencia.

Pues bien, tras acudir su esposa al médico a su Centro de Salud, éste le prescribió una analítica de sangre. Cuando van a solicitar cita para la extracción les comunican que no le pueden dar cita porque el domicilio pertenece a otro centro de salud y no tienen asignado ATS.

Según les explica el administrativo, cada Centro de Salud tiene distribuidos a los ATS por domicilio de los pacientes, y como su domicilio no pertenece a ese Centro de Salud no tienen ATS asignado. Les llega a recomendar que lo mejor sería que se cambiasen de Centro de Salud para no tener problemas.

El informe que se nos remite relata que efectivamente es un derecho de los ciudadanos andaluces el hacer uso de la libre elección de médico general y pediatra según se recoge en la normativa vigente, Decreto 60/99, pero que no se recoge en esta norma ni en ninguna otra el derecho de libre elección de los profesionales de enfermería.

Termina justificando la medida adoptada de no prestar servicio de enfermería al interesado y su familia, amparándose en que *“la atención de enfermería en los Centros de Salud del Distrito Sanitario Huelva-Costa está organizada de forma sectorizada, siguiendo el criterio de proximidad y optimización de recursos en cuanto a cercanía del domicilio de los pacientes al Centro, de ahí que el enfermero asignado a la familia del interesado pertenezca a otro centro sanitario distinto de donde se ubica su médico de familia”*. En ningún momento hace referencia ni se aclara la cuestión desde aquí planteada sobre si la actividad de extracción de sangre se considera de base organizativa individual o territorial.

El relato de los hechos que hemos realizado teniendo en cuenta la normativa que resulta aplicable al caso, nos suscita una consideración fundamental.

Desde esta Institución no estamos de acuerdo con el procedimiento seguido por el Centro de Salud Las Adoratrices de Huelva a la hora de remitir al interesado y su familia para consulta de enfermería al Centro de Salud que por su domicilio les pertenecía, más aún cuando previamente admitió la elección de esta familia de un médico de su Centro de Salud, a través del ejercicio del derecho a la libre elección de médico y pediatra recogido en el Decreto 60/99.

Tampoco compartimos la argumentación que al efecto aporta ese Distrito, ya que una cosa es que no se regule el derecho a la libre elección de enfermería y otra muy distinta es que, a pesar de ejercitar el derecho a la libre elección de médico y pediatra, se dé como valor absoluto el que para la asistencia de estos profesionales el interesado deba acudir en todo caso al Centro de Salud que por su domicilio le pertenece.

A este respecto la Disposición Adicional Primera de la Orden de 9 de Junio de 1999 por la que se regula el procedimiento de libre elección y se establecen las normas de asignación de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma Andaluza, establece un criterio general cuando señala que una vez producida la asignación de un nuevo facultativo el usuario quedará adscrito al correspondiente Equipo Básico de Atención Primaria donde aquél preste sus servicios para TODAS las prestaciones que tienen una base organizativa individual. No obstante, este criterio general tiene un límite que es el que imponen las prestaciones que tienen una base organizativa territorial o comunitaria, que se continuarán prestando por cada centro en la totalidad del territorio de su Zona Básica de Salud y a la población que en él resida.

Por todo ello hay que entender que siempre que estemos ante prestaciones con base organizativa individual, la aceptación de la solicitud de elección de médico general conllevará la adscripción del peticionario al centro de salud de su nuevo facultativo para TODOS los efectos. En cuanto a las prestaciones que tienen base organizativa territorial o comunitaria, estas han de proporcionarse por el centro de salud que incluya en su área de adscripción el domicilio del usuario. Entre estas últimas se encuentran las que suponen desplazamiento al domicilio del usuario o alguna institución comunitaria.

Así pues, en el caso planteado a esta Institución convendría discernir si la prestación de enfermería demandada por el usuario tiene una base organizativa individual o territorial. Dicha cuestión fue planteada en el escrito remitido a la Directora Gerente del Distrito Huelva-Costa pero hasta el momento no se ha recibido una respuesta expresa sobre dicha consulta.

Desde esta Institución en modo alguno se considera que una consulta de enfermería para una extracción de sangre pueda ser considerada una prestación con base organizativa territorial o comunitaria pues claramente entendemos que no exige una organización sectorizada, ni mucho menos implica desplazamiento al domicilio, que a nuestro entender debe ser el núcleo fuerte de dichas prestaciones de base comunitaria. Otro tipo de interpretación constituiría una limitación no justificada del derecho de libre elección de médico general y pediatra e incluso desincentivaría su ejercicio, como de hecho se pone de manifiesto en la advertencia del interlocutor al interesado: "lo mejor sería que os cambiarais de centro de salud para no tener problemas".

Además resultaría un contrasentido, como ya nos hacía referencia el interesado en su escrito, que después de la cita médica en el Centro de Salud Las Adoratrices en la que le prescriben una analítica tuviera que dirigirse a otro Centro de Salud para practicársela.

Con anterioridad ya nos pronunciamos en este sentido en la **queja 08/441**, aunque nuestra resolución no fue aceptada por ese Distrito en aquel momento. Ha pasado un tiempo prudencial y seguimos observando que se sigue manteniendo el mismo modo de proceder a diferencia de lo que parece ser la práctica de otras provincias de las que no hemos recibido queja. Así pues, desde esta Defensoría queremos hacer constar que si bien

no existe una normativa que regule la libre elección del personal de enfermería, entendemos que no es necesaria ya que como indicábamos la Disposición Adicional Primera de la Orden de 9 de Junio de 1999 por la que se regula el procedimiento de libre elección y se establecen las normas de asignación de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma Andaluza, establece un criterio general cuando señala que una vez producida la asignación de un nuevo facultativo el usuario quedará adscrito al correspondiente Equipo Básico de Atención Primaria donde aquél preste sus servicios para TODAS las prestaciones que tienen una base organizativa individual.

En este sentido, como ya referenciáramos en la resolución de la **queja 08/441**, el personal de enfermería integra el equipo básico de atención primaria (art. 4 del ya derogado Decreto 195/85, de 28 de Agosto, sobre ordenación de los servicios de atención primaria de Andalucía), y actualmente la denominada unidad de gestión clínica de atención primaria (art. 22 del Decreto 197/2007, de 3 de Julio, por el que se regula la estructura y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud). La asistencia de enfermería para extracciones sanguíneas no deja de ser una prestación de base organizativa individual, por lo que conforme a la normativa expuesta, entendemos que dicha asistencia debe prestarse al interesado en el centro para el que ha efectuado la elección expresa.

La queja planteada no sólo encuentra base legal en el derecho de libre elección establecido en el art. 10.13 de la Ley General de Sanidad, en el art. 6.1 l) de la Ley de Salud de Andalucía y en el art. 22.2 c) del Estatuto de Autonomía de Andalucía, sino también en el principio de proximidad a la ciudadanía que se predica en el art. 3 de la Ley 9/2007, de 22 de Octubre, con carácter general para la Administración de la Junta de Andalucía. Sin dejar de citar el principio de informar las actuaciones sobre protección de la salud, la mejora continua en la calidad de los servicios con un enfoque especial a la atención personal y a la confortabilidad del paciente y sus familiares, recogido en la Ley de Salud de Andalucía (art. 2.11).

A la vista de lo expuesto realizamos al Distrito la siguiente **Recomendación**:

“Que en los centros de salud del Distrito Sanitario se dispense atención de enfermería para extracciones sanguíneas, así como las demás prestaciones de base organizativa individual, de las que integran la cartera de servicios de atención primaria, a los usuarios que tras ejercitar su derecho a la libre elección de médico general, queden adscritos al cupo de alguno de los facultativos de los mismos.

Que se nos de traslado de las medidas que se adopten para dar cumplimiento a este objetivo”.

Por su parte en el informe recibido del Distrito se refiere que el mismo comparte en su totalidad los argumentos recogidos en nuestra Resolución, y que se ha instado a la adopción de las medidas correspondiente para que se facilite la atención enfermera ambulatoria a los ciudadanos que ejercen su derecho de libre elección, por parte de los profesionales de enfermería del centro concernido por la elección.

2. 1. 8. 2. Prestación ortoprotésica

La prestación ortoprotésica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía se regula por el Decreto 195/98, de 13 de Octubre, que vino a sustituir a la Orden de 17 de Marzo de 1992, al objeto de adaptarla a la regulación contemplada en el R.D. 63/95 de 20 de Enero sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, y la Orden de 18 de Enero de 1996 que lo desarrolló en este ámbito.

Definitivamente el R.D. 1030/2006 de 15 de Septiembre, que regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, ha incorporado el catálogo de ortoprotésica en su Anexo VI, posibilitando el desarrollo del mismo en los catálogos que elaboren las Administraciones Sanitarias competentes en la gestión de la prestación ortoprotésica.

Con posterioridad a la promulgación de esta norma, no ha existido ninguna otra elaboración normativa autonómica andaluza en relación con el catálogo, por lo que hay que entender vigente el que se comprende en el Decreto mencionado al principio, completándolo con el del Anexo VI del R.D. 1030/2006 en lo que sea necesario.

Pues bien, en el expediente de **queja 11/499** los interesados nos explicaban que su hija, estudiante universitaria, había sufrido dos amputaciones por causa de un sarcoma, y después de varios años de enfermedad tuvo que ser intervenida para practicarle una hemipelvectomía, a la que siguieron sesiones de quimio y radioterapia, cuyos resultados han sido muy satisfactorios en las revisiones practicadas.

Tras la cicatrización de la herida acudieron a la consulta protésica del hospital de referencia, donde le recetaron una prótesis que permite una movilidad articular muy reducida, sobre todo en la cadera, siendo informados de que era lo mejor que se le podía prescribir a la paciente, dentro de los catálogos del Sistema Sanitario Público, los cuales estiman que actualmente están muy desfasados.

Por eso trataron de encontrar otras posibilidades y en una ortopedia les mostraron una prótesis compuesta por una rodilla inteligente (C-Leg) y una cadera hidráulica, de manera que ambas articulaciones son independientes entre sí, con las cuales la movilidad de las mismas sería casi normal, pensando por ello que este tipo de prótesis era el que su hija necesitaba por la importante movilidad que ofrecía, sin duda también beneficiosa para el equilibrio psicológico de una joven que lleva adelante sus estudios, y además desarrolla otras actividades, como el teatro.

Puesto que el precio de la prótesis superaba las posibilidades económicas de los interesados, se pusieron en contacto con la gestoría del usuario del citado hospital para tratar de que el expediente de la afectada fuera valorado en los Servicios Centrales del SAS, teniendo en cuenta los informes médicos de especialistas y psicólogos que han aportado, encontrándose como único obstáculo la negativa a la prescripción por parte del especialista rehabilitador, por estimar que la alternativa propuesta no se incluye en el catálogo, auspiciando en todo caso la utilización de una prótesis convencional, que en opinión de los interesados no está destinada a pacientes con hemipelvectomía, ni existe ninguna previsión en el catálogo de ortoprotésica para este tipo de pacientes, por la inusual práctica de este tipo de intervención.

Abogaban incluso por último, por hacer un gran esfuerzo económico para adquirir la articulación de la rodilla, siempre que por parte del SAS se hicieran cargo del coste de la correspondiente a la cadera, dado que el precio total de la prótesis no lo podían asumir.

En este punto el informe del hospital reconoce la excepcionalidad del caso que se plantea, haciendo hincapié en su singularidad clínica y de normalización de las actividades de la vida diaria, y pone de relieve el intento realizado desde la unidad de atención al usuario para que el servicio de rehabilitación llevara a cabo la prescripción de esta prótesis de manera extraordinaria, siempre que se considerara la mejor opción para la evolución de la paciente.

Ciertamente se aduce que los profesionales del servicio informaron de la imposibilidad de prescribir estos componentes por no estar incluidos en el catálogo de prestaciones ortoprotésicas del SAS, pero también se señala que la exclusión del catálogo podría solventarse por informe motivado a los servicios centrales del SAS, siempre que se realice previa valoración e idoneidad clínica.

En este aspecto los profesionales esgrimen que en este tipo de amputación la protetización es muy difícil por las características del muñón (hemipelvis), de forma que no siempre el encaje que se fabrica es tolerado por el paciente, dándose un porcentaje muy elevado de casos en los que los pacientes prefieren el uso de la silla de ruedas y/o bastones, al de la prótesis. De ahí que estimen oportuno adaptar en primer lugar una prótesis convencional como la prescrita, y en caso de que la paciente tolerase el encaje, valorar más adelante la posibilidad de adaptar otra prótesis con mejores prestaciones.

Llegados a este punto recapitulamos al respecto de la pretensión de los interesados, concluyendo que en orden a su consecución en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía se plantean dos objeciones fundamentales. Así por un lado la falta de inclusión en el catálogo de ortoprotésica, y por otro la no indicación por el facultativo rehabilitador.

Pues bien, si nos fijamos en ambos catálogos, estatal (R.D. 1030/2006) y autonómico (Decreto 195/1998), asiste la razón a los interesados cuando señalan que no aparece en el autonómico ninguna prótesis específicamente nominada para pacientes con hemipelvectomía. En concreto la que con carácter convencional le han prescrito a su hija se encuadra en el código 220, y conlleva encaje laminado en resina, articulación de cadera, articulación de rodilla policéntrica y pie articulado.

No por ello difiere sustancialmente de la que con dicha denominación sí se recoge en el catálogo que se incluye en la normativa estatal, (prótesis de hemipelvectomía, código 06 24 21), con encaje pélvico laminado o termoconformado al vacío, estructura endoesquelética, cadera, rodilla y pie.

Sin ánimo de exhaustividad nos interesa reseñar brevemente cuáles son las características de la prótesis que los interesados pretenden para su hija (sistema Helix 3D, C-Leg y Pie C-Walk para pacientes con hemipelvectomía), tras valoración de las necesidades de la paciente en un establecimiento ortoprotésico.

Los elementos funcionales de la prótesis serían el encaje, la articulación de cadera, la rodilla electrónica protésica y el pie protésico:

- Por lo que respecta al encaje se realiza personalizado en termoplástico.

- La articulación de la cadera posee una combinación especial de resorte y sistema hidráulico que compensa una gran parte de la musculatura que falta en esta zona y reduce el esfuerzo al andar, posibilitando el apoyo del pie controlado y amortiguado y una flexión plantar armónica bajo carga completa, evitando movimientos bruscos y reduciendo el vuelco hacia atrás de la pelvis.

- Mediante el uso de nuevas tecnologías la rodilla reconoce constantemente en qué fase de marcha se encuentra el usuario y se ajusta automáticamente en tiempo real, dependiendo de la velocidad del paso, longitud y frecuencia, proporcionando una aproximación a la marcha fisiológica natural, incluso en pendientes, superficies desiguales o bajando escaleras.

Con el diseño de resorte en forma de C de fibra de Carbono, y el resorte de base al que está unido con un aro de control se crea una articulación virtual en el tobillo fisiológico que actúa eficazmente tanto en la fase media de apoyo, como en el golpe de talón.

Sin ser expertos en la materia no nos cabe duda que la prótesis pretendida no se propugna por el mero hecho de tener más prestaciones que la prescrita, sino porque simplemente permite un desarrollo más normalizado de la vida de una joven que desarrolla actividades propias de su edad.

Cabe traer aquí a colación la cuestión relativa a la obsolescencia del catálogo y las iniciativas para su actualización.

La reivindicación para la actualización de los catálogos de ortoprotésica viene siendo una constante desde hace muchos años por parte de los colectivos de discapacitados representados en el CERMI, pero también han encontrado cierto reconocimiento y eco institucional.

En resumidas cuentas todos coinciden en que la cartera de este tipo de prestaciones se ha quedado obsoleta, que los productos están anticuados (siguen prohibiendo el paso al titanio y a la fibra de carbono), y que se está impidiendo la evolución de esta prestación acorde a las nuevas tecnologías, que pueden llegar a proporcionar mayor facilidad en el uso y mayor calidad de vida, e incluso abaratamiento del coste sanitario en el aspecto asistencial.

En múltiples foros y ocasiones estos colectivos han hecho oír su voz demandando como necesaria la actualización y adecuación del contenido de la cartera de servicios ajustándose a los avances en la ortopedia, con nuevas técnicas y materiales como el titanio, el carbono y los microprocesadores, teniendo en cuenta los aspectos bioéticos y sociales.

Según ponen de manifiesto, al final en muchos casos el usuario se ve obligado a conformarse con aparatos pesados y escasamente funcionales, a menos que se endeude

solicitando créditos que le permita acceder a las prótesis que resultan indispensables para su movilidad.

Pues bien desde otra perspectiva, ya hace un par de años la Comisión para las Políticas Integrales de la Discapacidad del Congreso de los Diputados aprobó una proposición no de ley (apoyada por todos los grupos) por la que se instaba al Gobierno de la Nación a actualizar y adaptar la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud a las necesidades de las personas discapacitadas.

Partían igualmente de un catálogo de prestaciones desfasado que no permite la inclusión real de las personas con discapacidad en la sociedad y propugnaba entre otras cosas que la prestación ortoprotésica se ajustara a las necesidades cambiantes de la población y a los avances de la ortopedia, renovando los productos de la cartera, de manera que se excluyeran los obsoletos y se incluyeran otros más modernos.

También en nuestro ámbito autonómico, como Línea Estratégica de la Consejería de Salud para la VIII legislatura, se preveía expresamente “el aumento del catálogo de prestaciones ortoprotésicas para determinados pacientes, especialmente para quienes han sufrido una amputación inferior o superior”.

Sin embargo es preciso reseñar que todas estas iniciativas han tenido escasa materialización, no alcanzándose a realizar por el momento la renovación propuesta. Es más a este respecto sólo se conocen ampliaciones del catálogo de ortoprotésica muy limitadas, referidas por un lado a los potenciales beneficiarios de las sillas de ruedas eléctricas, ya hace algún tiempo, y más recientemente (Orden SAS/1446/2010 de 28 de Mayo) en relación con los implantes cocleares, para incluir en la prestación la renovación de los componentes externos (procesador externo, micrófono y antena); y las prótesis mioeléctricas de miembro superior, para que puedan empezar a prescribirse a los amputados unilaterales.

En definitiva el catálogo se revela insuficiente desde todos los puntos de vista, de manera que muchos usuarios optan por pagar prótesis más modernas con sus propios medios, no de forma caprichosa o por motivaciones estéticas, sino por auténtica necesidad de alcanzar un mayor nivel de autonomía y calidad de vida. Dados los elevados precios de estos productos, son frecuentes las ocasiones en las que deben solicitar créditos para poder acceder a ellos, y teniendo en cuenta que precisan revisiones de sus componentes, los usuarios y sus familias asumen a veces una carga económica de por vida, difícil de soportar.

En cuanto al procedimiento de dispensación, se garantiza el acceso a las prestaciones comprendidas en el catálogo general de ortoprotésica (art. 4 del Decreto 195/98, de 13 de Octubre), y en principio sólo pueden prescribirse con cargo al Servicio Andaluz de Salud los productos incluidos en el catálogo vigente en las condiciones allí establecidas (art. 1.1 de la Resolución de 9 de Noviembre de 1998).

Ahora bien, de la misma manera que se puede autorizar excepcionalmente la asistencia sanitaria en centros ajenos al Sistema Sanitario Público, no puede resultar extraño que con idéntico procedimiento, y también de forma extraordinaria, se pueda autorizar el acceso a productos no incluidos en el catálogo ortoprotésico. Esta posibilidad es

reconocida por el propio hospital en su informe, que alude a la remisión de informe motivado a esos Servicios Centrales, previa valoración e idoneidad clínica.

- Afrontamos ahora el segundo obstáculo de los enumerados al principio, que es el que precisamente ha impedido que el hospital prosiga con la iniciativa auspiciada desde la unidad de atención al usuario.

Y es que ciertamente el servicio de rehabilitación no ha indicado la prótesis en cuestión a la hija de los interesados, al margen de por los motivos ya expresados, por causas que podrían considerarse exclusivamente técnicas.

Quisiéramos mencionar en primer lugar que las objeciones en este sentido proceden exclusivamente de dicho servicio, puesto que en el ámbito de la especialidad de traumatología, en el que se desarrolló la compleja intervención practicada a la joven, sí que se emite un pronunciamiento expreso a favor de *“una prótesis articulada de cadera y rodilla de última generación, dada la patología de la enferma y las secuelas que sufre, que se traducen en una limitación severísima de la motricidad y la sedestación, de manera que le permita en parte aliviar las mismas”*.

Piensen los rehabilitadores como ya hemos visto, que el encaje de este tipo de prótesis es muy dificultoso y no siempre se consigue adaptar una prótesis, por lo que en un porcentaje elevado de casos el paciente prefiere usar silla de ruedas y/o muletas, mostrándose partidarios de probar primero la prótesis convencional, para pensar en mejorarla con posterioridad si aquélla es aceptada.

Ahora bien, se da el caso de que la afectada no es una paciente normal, y por lo tanto resulta difícil pensar que se integre en el elevado porcentaje de fracaso de la prototización que se menciona. Ya ha tenido que adaptarse a otras prótesis y ha demostrado un coraje inusual para desarrollar una vida normal, que incluye la realización de estudios universitarios.

Pero es que a nuestro entender la cuestión no admite discusión, puesto que la hija de los interesados ya ha probado la prótesis en cuestión, para la que se le ha confeccionado un encaje personalizado, aunque aún provisional, que se apoya en la articulación sacroilíaca, tubérculo del pubis, zona dorsal del sacro y cresta ilíaca, soportándose también la contención por tejidos blandos. Las pruebas realizadas hasta el momento vienen siendo satisfactorias, comenzando la deambulacion, e incluso el personal facultativo rehabilitador ha podido comprobar la utilización que la joven ya viene haciendo de esta prótesis.

Consideramos, por tanto, que es posible determinar el examen de la afectada por parte de un servicio de rehabilitación de referencia en un centro hospitalario distinto del que la ha venido asistiendo hasta ahora, a fin de que valoren la idoneidad de la prótesis (aún provisional), y el encaje de la misma, y que si dicho examen arroja un resultado positivo se inste la tramitación oportuna para la dispensación excepcional de la misma .

A la vista de todo ello formulamos a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS la siguiente **Recomendación**:

“Que se designe un servicio de rehabilitación de referencia en un centro hospitalario distinto al que ha venido asistiendo a la interesada, para que desde

un punto de vista técnico, se evalúe el ajuste y adaptación de la hija de los interesados a la prótesis de última generación que está probando, y se valore la idoneidad de la misma desde la perspectiva de la garantía de su autonomía personal y mejora de la calidad de vida.

Que para el caso de que las revisiones arriba comentadas resulten satisfactorias, se inste el procedimiento oportuno para la dispensación de la prótesis con cargo al Sistema Sanitario Público”.

El informe recibido de la Dirección General aludida, a la vista de la opinión expresada por los facultativos que han valorado a la paciente, han concluido que no procede la excepcionalidad de la prótesis deseada, puesto que aquéllos estiman que la misma puede conseguir el nivel funcional de protetización con componentes protésicos que aparezcan recogidos en el catálogo, por lo que a la vista de lo expuesto hemos estimado que, a pesar de que se ha realizado la evaluación complementaria que solicitábamos, no se han aceptado los términos de nuestra Resolución.

2. 1. 9. Atención Temprana.

En el expediente de **queja 10/2362** la denominada Plataforma de Padres y Madres de Niños/as de Atención Temprana de Córdoba, nos exponía que en la provincia de Córdoba no se atendían los menores con problemas en el desarrollo en el intervalo de edades de los cinco a los seis años. En este sentido señalan que en el resto de las provincias andaluzas la atención cubre sin distinción alguna el intervalo de edades de 0-6 años, con lo que a su criterio el modelo de Atención Temprana (AT) adolece de falta de homogeneidad en su implantación en el territorio de Andalucía.

Admitida a trámite y recabado el correspondiente informe de esa Consejería de Salud, se nos contesta que *“la atención de menores con trastorno de desarrollo en los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT) cubre hasta los cuatro años en todo el territorio andaluz, cobertura que se extiende al intervalos de los 4-6 años que presenten situaciones excepcionales como son: graves riesgos sociales, plurideficiencias, déficit sensorial severo y casos que precisen atención domiciliaria”*. En todos estos casos se lleva a cabo mediante un protocolo de atención compartida con los otros ámbitos implicados (Educación e Igualdad y Bienestar Social).

Centrada la cuestión en el alcance de la cobertura poblacional de la AT en Andalucía, caben hacer las siguientes consideraciones.

Esta Defensoría tuvo ocasión de conocer con detalle el estado de situación y grado de implantación de la AT en Andalucía en el seno del expediente de **queja 05/3003**, en el que partiendo de la asunción competencial en la materia por parte de la Consejería de Salud en virtud de lo dispuesto en la Ley 1/1999, de 31 de Marzo, de atención a la discapacidad en Andalucía esta iniciaba su andadura con la creación de los CAIT y la aprobación del proceso Asistencial Integrado de la AT, entre otras iniciativas.

Este modelo parte en sus distintas manifestaciones (manuales, proceso asistencial integrado, cartera de servicios, declaraciones en comparecencias parlamentarias, etc.) del concepto de AT incorporado por el Libro Blanco de Atención Temprana (2000) en el que ésta se define como el conjunto de actuaciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, con la finalidad de prevenir y detectar

de forma precoz la aparición de cualquier alteración en el desarrollo, o el riesgo de padecerla, realizando, en aquellos casos que lo precisen, una intervención integral dirigida a potenciar las capacidades, para evitar o minimizar el agravamiento de una posible deficiencia.

Por otro la cartera de servicios establecida por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, recoge en su apartado relativo al nivel de atención primaria la detección temprana en la infancia (apartado 6.1.6) con una expresa referencia a distintas patologías en orden a su detección y seguimiento, aspecto que se desarrolla en la cartera de servicios de atención primaria en el apartado relativo al “*Seguimiento de la salud infantil*”, en la que se fija la población diana en los 0-4 años.

La implantación del modelo de AT en Andalucía, tras la asunción competencial de la Consejería de Salud, tiene su punto de partida en la publicación del Proceso Asistencial Integrado de la Atención Temprana (2006), la paralela creación de los Centros de Atención Infantil Temprana (CAITs) y la especial consideración de los pediatras de zona como nuevos ejes sobre los que pivotan las distintas actuaciones sobre este sector poblacional.

El otro punto sobre el que se articula la actuación de la AT lo conforman los centros conveniados o concertados por la Consejería de Salud con entidades públicas y privadas (fundamentalmente Ayuntamientos y Asociaciones del sector), las cuales con el soporte financiero autonómico y a través de sus recursos materiales y humanos llevan a cabo el desarrollo de los distintos programas de AT. Estos centros vienen asumiendo, casi en exclusiva y con la ayuda financiera de la Junta de Andalucía, la práctica totalidad de la atención temprana que se presta a estos menores.

Las bases reguladoras y la convocatoria expresa de las subvenciones de los programas que desarrollan estos centros se publican anualmente mediante Orden de la Consejería de Salud, en la que se dispone los programas subvencionables (estimulación precoz, rehabilitación y logopedia) destinados a la atención directa de menores con trastornos de desarrollo o en riesgo de padecerlos, con edades comprendidas entre los 0 y 4 años.

Hay que tener en cuenta que el marco jurídico regulador de la AT viene dado fundamentalmente por el art. 11 de la citada Ley 1/1999, en el que la referencia a la “*atención infantil temprana*” se hace sin concreción alguna al intervalo de edad que alcanza.

Por el contrario, encontramos una única referencia a la población diana de 0-6 años en el Proceso Asistencial Integrado de AT, mas no así en el Manual de Calidad y Acreditación de los CAITs editado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (2007).

Igualmente, como hemos visto, las distintas Órdenes anuales de convocatoria de las subvenciones de los programas relativos a la AT se refieren exclusivamente al intervalo de edad 0-4 años.

Mas allá de estos referentes, la prolija documentación relativa a la AT en Andalucía emitida o editada desde la Consejería de Salud se reitera en la franja de edad 0-6 años, sin ningún matiz que permita hacer una interpretación expansiva o restrictiva de esta franja poblacional.

La circunstancia de que el informe emitido por la Consejería de Salud en relación a este expediente de queja, introduzca una tercera escala o intervalo de edades intermedia, es decir la de 0-4 años con carácter general y la de 4-6 años para los casos excepcionales de deficiencias más graves o de mayor riesgo social, no hace sino introducir mayores dudas sobre el alcance de la cobertura poblacional en esta modalidad de atención.

Históricamente la asignación inicial de intervalos de edades en los 0-6 años en la AT ha traído causa de la legislación educativa. Así, la Ley Orgánica General del Sistema Educativo de 1990 al incluir y atender desde este ámbito el segundo ciclo de la atención infantil (menores entre los 3-6 años), a la par que establecer la enseñanza obligatoria y gratuita en el intervalo de los 6-16 años, ha dado lugar a que los intervalos de edades de la AT hayan girado en la dicotomía de los 0-3/4 años ó en la de los 0-6 años con que indistintamente se trata en las distintas documentales administrativas o asistenciales, ya sea por vía de concreción de la cartera de servicios o de los destinatarios en la convocatoria de subvenciones.

La situación descrita introduce un elevado grado de incertidumbre sobre la población de cobertura de la AT, pues si bien el Proceso Asistencial Integrado de la AT, implantado por el Servicio Andaluz de Salud y los distintos documentos y manifestaciones de la Consejería de Salud, hacen una concepción amplia de la población diana (0-6 años), frente a la más restrictiva que se lleva a cabo por vía de convocatoria de subvenciones a las entidades conveniadas o concertadas para el desarrollo de los programas de atención directa (0-4 años), desde esa Consejería, con el solo aporte del informe que nos traslada, se postula la intermedia en dos franjas de edades diferenciadas (la general de 0-4 años y la de 4-6 años para los supuestos excepcionales).

La importancia de este aspecto, que de alguna manera viene a delimitar no solo la franja poblacional de cobertura, sino qué modalidad de atención y a qué Administración corresponde prestarla, requiere un mayor grado de concreción y homogeneidad y que se incorpore a un documento o norma que disipe cualquier tipo de dudas o interpretación al respecto, responsabilidad que atañe a esa Consejería de Salud a la que dirigimos esta resolución.

Por lo anteriormente expuesto, formulamos a la Consejera de Salud la siguiente **Sugerencia:**

“Que en los documentos de planificación, normación o gestión administrativa o clínica se establezca la población diana de los programas de Atención Temprana de forma inequívoca y homogénea”.

En este sentido la Consejera de Salud nos ha informado con posterioridad que aceptan plenamente nuestra Sugerencia, de forma que en las actuaciones llevadas a cabo el pasado ejercicio ante los distintos actores que intervienen con menores con trastornos del desarrollo, ya recogen el intervalo de edad de 0 a 6 años, y todos los documentos elaborados por la Consejería con la finalidad de financiar estas actuaciones, recogen dicho intervalo de forma homogénea para recibir dicha atención.

En el expediente de **queja 10/5243** compareció en esta Institución una determinada Asociación a través de su representante, en tanto que organización no gubernamental legalmente constituida e inscrita en el registro de asociaciones, así como en

el de entidades de servicios sociales de la Junta de Andalucía, dedicada a la atención a personas con discapacidad intelectual.

Su presidenta nos comentaba que la referida Asociación gestiona un centro de día con terapia ocupacional que está concertado (quince plazas) con la Junta de Andalucía (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social), con la que tienen suscrito un convenio específico de colaboración y, por otro lado, oferta atención temprana a menores, recibiendo a estos efectos subvención de la Consejería de Salud.

Señalaba que el inmueble en el que se desarrolla la actividad fue objeto de concesión demanial por parte del Ayuntamiento, reflejada en documento administrativo, en la que se preveía una duración de la misma por cuatro años (hasta 2013), aludiéndose también a la cesión del mobiliario necesario para realizar la actividad.

En este punto la interesada manifestaba que a partir de la construcción de un nuevo centro polivalente de atención a personas dependientes por parte del Ayuntamiento, y de las posturas discrepantes mantenidas por la Asociación en cuanto a la concesión de su gestión a una entidad mercantil, dicha Corporación Local había iniciado una serie de actuaciones de presión que se había traducido en la retirada del mobiliario y maquinaria necesaria para la atención a los usuarios, la remisión de una orden de desalojo del inmueble que se dice "*cedido en precario*", y el ofrecimiento a los que venían siendo usuarios del centro gestionado por la Asociación, de una plaza en el nuevo centro.

Admitida a trámite la queja el informe municipal abunda en explicaciones en torno a los inmuebles que venían siendo utilizados por la Asociación reclamante, que son propiedad del Ayuntamiento, y los títulos jurídicos que posibilitan dicha utilización. Así en primer lugar aluden a la formalización de la concesión demanial del centro ocupacional a la referida Asociación en 2009, la cual se extiende por un plazo de cuatro años, encontrándose en la actualidad la citada Asociación en uso de dicho inmueble. Concreta en segundo lugar que el desalojo se ha producido respecto de un inmueble distinto, ubicado en otro domicilio y que la Asociación venía utilizando en precario.

En cuanto a la retirada de material y mobiliario del centro, el Ayuntamiento señala que el mismo se cedió temporalmente en tanto se ponía en funcionamiento el nuevo centro, de manera que no formaba parte de la concesión demanial, esgrimiendo el conocimiento de la interesada sobre este aspecto, puesto que firmó de conformidad del Pliego de Prescripciones Técnicas que regía la licitación del nuevo centro, en el que se relacionaba aquél como parte del equipamiento que aportaba el municipio.

Un segundo informe municipal se detiene en el carácter demanial del inmueble objeto de desalojo, que venía siendo utilizado por la Asociación para dispensar atención temprana, careciendo a este respecto de título habilitante alguno, tolerándose el uso exclusivo por la Asociación en atención de los cometidos que desarrollaba, condicionándose este uso, según se dice, a que el servicio comenzara a prestarse en el nuevo centro construido, entre otras, con esta finalidad.

Por este motivo nos indica el Ayuntamiento que una vez adjudicado el contrato que tenía por objeto la prestación del servicio público de atención temprana y obtenida la autorización de funcionamiento de la Administración Autonómica, se dirigió a la Asociación

requerimiento de desalojo para que el local pudiera destinarse a su finalidad originaria, que no era otra sino servir a todas las Asociaciones municipales, y no solamente a una.

Concluye el Ayuntamiento manifestando que siempre ha colaborado con la Asociación, no sólo con la cesión de los inmuebles sino también con el otorgamiento de subvenciones, y que la construcción de un centro municipal habilitado para prestar servicios de centro ocupacional, estancia diurna, gravemente afectados y atención temprana, culmina una aspiración de atención a las personas con necesidades especiales que siempre ha sentido la Corporación.

Expuestos así los hechos por ambas partes se vislumbra un panorama de confrontación sobre el que esta Institución difícilmente puede pronunciarse, puesto que atañe a manifestaciones verbales, intenciones e imputaciones que no resultan demostrables. Sólo nos atrevemos a reseñar que donde al parecer existió antes un paisaje de colaboración entra la Administración Pública y la iniciativa social, ahora se ha transformado en recelo mutuo pues la asociación reclamante alega presión u coacción por parte del Ayuntamiento, y este último refiere el cambio de actitud de la Asociación por no haber resultado adjudicataria de la gestión del nuevo centro municipal.

- Desalojo del inmueble municipal:

De la documentación aportada por el Ayuntamiento, ratificada después por la interesada en su escrito de alegaciones, se desprende definitivamente que el inmueble que el Ayuntamiento requirió para desalojar a la Asociación, no es el que fue objeto de concesión demanial, donde se desarrolla la actividad de centro ocupacional, sino otro inmueble de titularidad municipal, ubicado en otro domicilio, en el que la Asociación venía dispensando la atención temprana.

Queda claro por tanto que el Ayuntamiento no ha incumplido el contrato que a estos efectos suscribió con la Asociación, que permanece en el uso del inmueble, y que lógicamente habrá de continuar en el mismo, si no existe causa previa de extinción, hasta el final del plazo señalado para la vigencia de aquél.

Por lo que hace al inmueble al que se refiere el desalojo, y con independencia de la oportunidad del mismo (el Ayuntamiento refiere que se permitió su utilización exclusiva en atención a los fines desarrollados, y condicionada a la puesta en marcha del nuevo centro), no es posible oponer impedimento desde la perspectiva de la legalidad, puesto que la regulación vigente permite la recuperación de los bienes cedidos en precario, aparte de que en ningún momento se alega ni se aporta documento alguno que acredite título para su ocupación.

- Iniciativa municipal para la atención a las personas discapacitadas:

Una vez aclarado este primer aspecto nos interesa reflexionar sobre la iniciativa del Ayuntamiento para la construcción del nuevo centro en orden a dar servicio, en distintas modalidades de prestación, a la población discapacitada de la localidad, y la manera en que la misma se lleva a cabo.

Debemos congratularnos con este proyecto, pues no se puede obviar que la edificación de una infraestructura nueva y con la dotación adecuada para satisfacer las necesidades de atención de las personas discapacitadas debe ser recibida positivamente.

Nada podríamos decir tampoco sobre la decisión de convocar una licitación para la gestión indirecta del centro, e incluso sobre la adjudicación a la entidad correspondiente, respecto de la cual no se arroja por la interesada ninguna sombra de duda, más allá de la “*conveniencia*” de otorgar la gestión a una entidad mercantil, en contraposición a una asociación sin ánimo de lucro, la cual ciertamente no recurrió de contrario.

Las reticencias de esta Institución se extienden sobre todo en cuanto a las fórmulas utilizadas para la contratación, y las consecuencias que se generan de las mismas.

- Sobre la prestación del Servicio de Atención Temprana

En este punto quisiéramos detenernos brevemente sobre la naturaleza de las prestaciones que se dispensan en el nuevo centro municipal, y son objeto de licitación, así como sobre la titularidad de las competencias en las que se insertan aquéllas.

El nuevo centro aparece destinado al desarrollo de actividades como centro de día, centro ocupacional, residencia de gravemente afectados, y centro de atención temprana. Por lo que se refiere a los tres primeros cometidos, no cabe duda que se trata de prestaciones de servicios sociales especializados, en tanto que se dirigen a un determinado sector de la población que, por sus condiciones o circunstancias, necesitan de una atención específica (art. 11 de la Ley 2/88, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía), en concreto las personas con deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales (art. 11.3), con el objeto de posibilitar su integración social promoviendo y favoreciendo la prevención y rehabilitación integral.

En el marco de una planificación general llevada a cabo por la Administración Autonómica, a la que también corresponde la supervisión y control del cumplimiento de la normativa en vigor respecto de los servicios prestados por las Instituciones públicas, así como los prestados por las Instituciones privadas; la Ley antes enunciada asigna la competencia de gestión de los centros de servicios sociales especializados de ámbito local en los municipios de más de 20.000 habitantes, a los Ayuntamientos.

La Ley 7/85 de 2 de Abril, de Régimen Local, atribuye al municipio competencias en relación con la prestación de servicios sociales, en los términos de la legislación del Estado y la de las Comunidades Autónomas, figurando entre esta última la Ley de Servicios Sociales de Andalucía. La Ley 5/2010, de Autonomía Local de Andalucía, que entró en vigor con posterioridad a la licitación mencionada atribuye a los municipios las competencias sobre servicios sociales comunitarios, sin perjuicio de las que puedan venir asignadas por la normativa sectorial.

Ahora bien, por lo que respecta a la atención temprana es necesario destacar que no nos encontramos ante una prestación de servicios sociales sino sanitarios. Aun cuando la dispensación de esta prestación estuviera residenciada hasta hace relativamente poco tiempo en el ámbito de los servicios sociales, lo cierto es que la Ley 1/99 de 31 de Marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía, asigna al sistema público de salud el establecimiento de los sistemas y protocolos de actuación técnicos necesarios para que, desde la atención primaria en adelante, quede asegurado el asesoramiento y

tratamiento necesario, o lo que es lo mismo, la intervención múltiple dirigida al niño, la familia y la comunidad que comprende información, detección, diagnóstico, tratamiento, orientación y apoyo familiar.

Como hemos reseñado, la prestación que tradicionalmente se ha denominado atención temprana se proporcionaba en el ámbito de los servicios sociales, pero el sistema se ha movilizó hacia el de los servicios sanitarios tomando como punto de partida la publicación del proceso Asistencial Integrado de Atención Temprana, que se acompañó paralelamente de la creación de los centros de atención infantil temprana (CAITS), determinándose el papel de los pediatras de zona como nuevos ejes sobre los que pivotan las actuaciones en este sector. Este proceso de creación de centros se ha llevado a cabo mediante convenios o conciertos de la Consejería de Salud con entidades públicas o privadas, fundamentalmente Ayuntamientos y Asociaciones del sector. De esta forma anualmente se publican las bases reguladoras y la convocatoria de subvenciones de los programas que desarrollan estos centros (estimulación precoz, rehabilitación y logopedia).

De ahí que, teniendo en cuenta por un lado que los Ayuntamientos en materia sanitaria sólo tenían atribuidas por la Ley 7/85, de 2 de Abril, de régimen local, competencias en materia de protección de la salubridad pública y participación en la gestión de la atención primaria de la salud; y por otro que muy difícilmente los programas aludidos pueden incardinarse dentro de la atención primaria de la salud; es por lo que solamente de manera muy forzada es posible considerar que la prestación de atención temprana sea una competencia de titularidad municipal, y por tanto pueda llegar a concederse su gestión como servicio público municipal, que es lo que ha venido a materializarse en la convocatoria pública que en Enero del año 2.010 se anunció por dicho Ayuntamiento.

Con posterioridad y para nuestro ámbito territorial, la Ley 5/2010 de 11 de Junio, de Autonomía Local, limita las competencias sanitarias de los municipios a las relacionadas con la salud pública, debiendo interpretarse sus preceptos en relación con las previsiones que contempla la Ley 2/98 de 2 de Junio, de Salud de Andalucía, y el propio Estatuto de Autonomía de nuestra Comunidad Autónoma.

- En esta tesitura nos parece que la configuración de la atención temprana como servicio público local, ha llevado a confusión a dicho Ayuntamiento, pues el cese en el uso del inmueble por parte la Asociación reclamante no puede llevar consigo el trasvase de usuarios al nuevo centro, como así pretendió hacerse por anuncio de la Concejalía de Asuntos Sociales que obra entre la documentación aportada por la interesada.

La Asociación reclamante está inserta en el ámbito de la prestación de la atención temprana, una vez que ha sido adjudicataria de subvención para llevar a cabo su programa en este ámbito, con arreglo a la convocatoria efectuada por la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud para el año 2010, iniciándose, según consta en informe suscrito por la Delegación Provincial de Salud, con el visto bueno de la consultora de atención temprana de la misma, reuniones de asesoramiento y metodología de trabajo a seguir, así como con los pediatras de la zona para establecer la derivación y coordinación entre ellos.

De ahí que cualquier iniciativa que el Ayuntamiento quiera desarrollar en el ámbito de la atención temprana, incluida la construcción de un centro y la solicitud de

subvenciones para llevar a cabo programas de esta naturaleza, habrá de desarrollarse de manera independiente, y al margen de la que ya viene desarrollando la citada Asociación.

Y es que en nuestra opinión no se trata de conceder un servicio público a quien pueda realizarlo de la manera más satisfactoria para los usuarios, de acuerdo al criterio sustentado por el Ayuntamiento. Se trata de colaborar con la Administración Sanitaria en la dispensación de la prestación, de la misma manera que puede colaborar la iniciativa social, y desde luego sin capacidad de decisión sobre el destino de los usuarios, los cuales son derivados a los distintos CAITS precisamente por el pediatra o el sistema sanitario público conforme a los criterios previamente establecidos.

De la misma manera tampoco parece apropiado lamentar la continuidad en el concierto con la Administración Autonómica que la Asociación mantiene para el centro ocupacional, en la medida que el Ayuntamiento entiende que la Asociación debería renunciar al mismo, al objeto de permitir el traslado a las nuevas dependencias, puesto que la decisión sobre el concierto, su adjudicación al adjudicatario del nuevo centro, y su continuidad respecto de la Asociación reclamante, corresponde a la Administración Autonómica conforme a su planificación de recursos, no pudiendo llevarse a cabo tampoco una cesión de los usuarios, a los que se reconoce el derecho a acceder a una plaza en un centro concreto, y en su caso podrán solicitar el traslado al nuevo centro conforme a los procedimientos legalmente establecidos cuando aquél llegue a concertarse, respondiendo a la voluntad individual de cada uno.

A la vista de todo ello se formuló al Ayuntamiento la siguiente **Recomendación**:

“Que por parte de esa Entidad Local se respete la colaboración de la iniciativa social en la prestación de los servicios sociales y sanitarios evitando su intervención respecto de los usuarios y pacientes que tienen asignada plaza concertada o conveniada por la Administración Autonómica.”

La respuesta del Ayuntamiento se ha pronunciado manifestando la aceptación de nuestra Resolución en todos sus términos.

**SECCIÓN CUARTA:
QUEJAS NO ADMITIDAS Y SUS CAUSAS**

SECCIÓN CUARTA: QUEJAS NO ADMITIDAS Y SUS CAUSAS.

II.- DE LAS QUEJAS RECHAZADAS Y SUS CAUSAS.

2. FALTA DE COMPLETAR DATOS NECESARIOS.

En la **materia de Salud** fueron inadmitidas las quejas en las que no habían sido completados los datos o documentación solicitados a los interesados que se consideraban necesarios para su estudio, lo que imposibilitó la admisión a trámite y ulterior tramitación de las quejas.

Reseñar que en este apartado se ha implantado en este ejercicio reiterar la petición cuando no era contestada.

En cuanto a la variedad de asuntos trasladados, reseñar a modo ilustrativo las demoras o mala atención en proceso asistencial (**queja 11/170, queja 11/164, queja 11/2124, queja 2347 y queja 11/3160**), o deficiencias en los centros sanitarios (**queja 11/840, queja 11/1724 y queja 11/3245**).

3. DUPLICIDAD.

En la **materia de Salud** una única queja fue inadmitida por estar ya el asunto siendo tratado por el Defensor del Pueblo Estatal, se trata de la **queja 11/5838** donde se nos trasladaba el abuso de poder de la Organizaciones de Colegios Oficiales de Médicos.

4. NO IRREGULARIDAD.

Entre las quejas no admitidas a trámites en **materia de Salud**, representan un elevado número aquellas en las que no una actuación irregular por parte de la Administración. Aunque es muy variada la casuística (solicitud de subvención para proyecto de investigación –**queja 11/283-**, demora en diagnóstico –**queja 11/1730-**, Inspección veterinaria en carnicería –**queja 11/1733-** o que se prohíba fumar en la terraza de los bares –**queja 11/2970-**), deberíamos destacar varios grupos de quejas que se repiten.

Por último, siguen existiendo un alto número de quejas referidas a la Reproducción Asistida (por ejemplo la **queja 11/169, queja 11/2183, queja 11/4839** o la **queja 11/5012**) y a la disconformidad con el alta médica recibida (por ejemplo la **queja 11/1053, queja 11/2380, queja 11/3883** o la **queja 11/5425**).

6. SIN COMPETENCIA.

Entre los expedientes que en **materia de Salud** no han sido admitidos a trámite por falta de competencia de esta Defensoría, podríamos reseñar la **queja 11/1199** en la que

se nos traslada la demora en el tratamiento por parte de un hospital del Ministerio de Defensa, la **queja 11/1749** se nos comunica la falta de noticias de un familiar enfermo mental que se encuentra en Canadá, o la **queja 11/4165** en la que el interesado muestra su disconformidad con el nuevo Código deontológico médico.

7. SUB-IUDICE.

Han sido inadmitidas en **materia de Salud** un escaso número de expedientes por encontrarse la cuestión que nos era trasladada judicializada, como la falta de contestación a denuncia contra psiquiatra ante el Colegio de Médicos (**queja 11/5079**).

8. SIN INTERÉS LEGÍTIMO.

Distintas quejas fueron inadmitidas a trámite en **materia de Salud**, no ya por los temas en sí que nos eran trasladados, sino ante la falta de legitimidad de las personas que lo hacían, como la falta de asistencia adecuada a enfermo mental comunicada por su expareja (**queja 11/2839**), el fallecimiento de un menor en intervención quirúrgica que nos traslada un anónimo (**queja 11/3524**) o la solicitud de ayuda a niño con hipertensión intracraneal que nos hace una conocida de la familia (**queja 11/4845**).

9. SIN RECURRIR PREVIAMENTE A LA ADMINISTRACIÓN.

Cuando en **materia de Salud** se ha denegado la admisión a trámite de una queja por no haberse dirigido previamente a la administración, o bien se ha dirigido directamente a esta Institución, como en la **queja 10/6494** (en la que se utiliza una terminología no adecuada en un formulario oficial) o la **queja 11/3161** (en donde no ha utilizado la vía adecuada para que le fuera expedida la tarjeta sanitaria); o bien si se han dirigido a la administración pero han sido ambas interpuestas de forma simultánea o a la administración aún no le ha dado tiempo a dar una respuesta (**queja 11/293**).

10. SIN PRETENSIÓN.

En **materia de Salud** las quejas no admitidas a trámite por su falta de pretensión, lo fueron en su mayoría debido a que los interesados se limitaban a realizar un relato de determinados acontecimientos sin hacer petición alguna, así la **queja 11/1589**, la **queja 11/2123** y la **queja 11/296**, trasladándoles no obstante toda aquella información que consideramos en cada caso oportuna.

11. TRANSCURSO DE MÁS DE UN AÑO.

En el **área de Salud** se acordó la inadmisión a trámite de aquellas quejas donde los hechos comunicados sobrepasaban el límite del año que establece nuestra ley reguladora, así en la **queja 10/6574** el interesado señala que al cabo de varios años de una intervención quirúrgica practicada a su madre, se la han llevado a Francia donde han descubierto que en la intervención le dañaron el hígado y van a tener que extirparle una parte del mismo.

12. DESISTIMIENTO.

En el **área de Salud** en las quejas que no han sido admitidas a trámite por desistimiento del promotor, éste con carácter previo a haber tomado esta Defensoría una decisión sobre la admisión o no del expediente a trámite, nos ha comunicado que ha quedado satisfecha su pretensión ante la Administración, así la **queja 11/1590** en la que se solicitaba la expedición de un certificado, la **queja 11/5036** donde no se atendía un teléfono para anular una cita médica y **queja 11/1734** en la que denunciaba una demora en la realización de intervención quirúrgica.

TEMAS TRATADOS EN OTRAS ÁREAS TEMÁTICAS

I. PERSONAL DEL SECTOR PÚBLICO

2.12. Personal Sanitario.

En este apartado del informe vamos a dar cuenta de aquellas quejas que se han dirigido a esta Institución, en el año 2011 a instancias del personal sanitario incluido en el ámbito de gestión del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Los temas que durante este año 2011 han generado más conflictividad, o que por su temática o por el número de personas afectadas merecen ser destacados, son los siguientes: denegación solicitud certificación acreditativa de participación en jornadas como coordinador y docente; denuncia sobre la no reserva del cupo de discapacidad en los concursos de traslados; error en la confección del autobaremo en el concurso oposición de auxiliares de enfermería; situación laboral de los farmacéuticos; exigencia del certificado de dependencia para poder participar en el procesos selectivo a través del cupo de reserva de los discapacitados; denegación solicitud de traslado por motivos de salud familiar; retraso en la adjudicación de plaza obtenida en proceso selectivo traslado del personal de empresas públicas hospitalarias; disconformidad con la implantación del sistema de rotación de personal de enfermería del Hospital de la Mujer del complejo Hospitalario de Virgen del Rocío, irregularidades en la contrataciones llevadas a cabo por el Servicio Andaluz de Salud; situación de los hospitales ante la no cobertura de las bajas y vacantes; irregularidades en el funcionamiento de la bolsa única; irregularidades en el desarrollo de los procesos selectivos a los distintos cuerpos sanitarios; De entre los asuntos citados, por su interés, nos vamos a detener en el examen de los siguientes:

2.12.1. Error en la autobaremación en concurso oposición.

Fiel reflejo de la problemática que ilustra este apartado es la **queja 10/3074**. En esta queja la interesada manifestaba que había tomado parte en el concurso oposición para auxiliares de enfermería, convocado por Resolución de 31 de Marzo de 2008, apareciendo excluida del mismo por el Tribunal Calificador, al no tenerle en cuenta un mérito determinado, y ello a pesar de haberlo alegado y acreditado reiteradamente ante el mismo.

La cuestión controvertida se circunscribía a que por el Tribunal no se habían tenido en cuenta dos actividades formativas, toda vez que en la autobaremación realizada por la interesada se incluyó esta en el apartado relativo a "FORMACIÓN CONTINUADA" (apartado 2.2.2 del Anexo II del Baremo) en lugar del de "FORMACIÓN NO ACREDITADA E IMPARTIDA POR LAS ENTIDADES QUE SE CITAN" (apartado 3.2 del mismo baremo), error interpretativo y meramente formal que si bien no produce ninguna diferencia en el resultado global de la valoración de estos méritos tener una misma puntuación en ambos apartados), es objeto de eliminación de baremación por el citado Tribunal a pesar de haberse hecho esta advertencia en el trámite de alegaciones previsto en las bases de la convocatoria a estos fines.

Como consecuencia de lo anterior, al eliminarse los puntos en que se evaluaban los cursos no baremados se produjo la exclusión de la interesada del listado de aspirantes seleccionados a pesar de obtener una puntuación superior a la última de los aspirantes.

Admitida a trámite la presente queja y tras una valoración del informe que en su día nos remitió la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional, no mostrándose esta Institución conforme con la actuación de dicho organismo, y por consiguiente, con los argumentos en los que se apoyaba su decisión, acordamos formular, a tenor de lo establecido en el artículo 29.1 de la Ley Reguladora del Defensor del Pueblo Andaluz, en base a las siguientes consideraciones:

En primer lugar cabe hacer una breve exposición de la dinámica en la que se desenvuelve la práctica de estos procesos selectivos, cuya particularidad respecto a estas categorías de personal estatutario viene dada por la exigencia en las bases de la convocatoria en relación a la fase de concurso, de la realización de la autobaremación de los méritos por parte del propio aspirante, descargándose de esta engorrosa labor al Tribunal, que solo en trámite de revisión comprobará la regularidad de estas autobaremaciones, ateniéndose a una serie de criterios establecidos en dichas bases (vinculación de los méritos autobarecados, no puntuación mayor a la consignada en el autobaremo, etc.).

La autobaremación, conforme a los diversos apartados y subapartados del baremo, no es actividad exenta de complejidad, dado los términos técnicos-jurídicos en que aparecen redactados y la ausencia de un manual o instrucciones complementarias de ayuda al respecto, y en esta labor que se descarga en el aspirante-opositor a la hora de confeccionar el modelo normalizado ad hoc, el incurrir en algún tipo de error formal, como el que aquí se trata, acarrea a modo de sanción la fatal consecuencia de la eliminación de plano del mérito de que se trate, como demuestra la práctica del Tribunal responsable de la gestión de esta convocatoria, pues un mero error en la ubicación de los méritos alegados en el formulario, alegados, autobarecados y acreditados por la interesada en toda las fases del proceso selectivo, son eliminados por el Tribunal calificador sin mas trámite que el que se sucede con la publicitación de las aprobaciones de las listas provisionales y definitivas, sin ningún tipo de resolución expresa individualizada que explicita los motivos y la cobertura legal de dicha decisión.

En este sentido, resulta de interés poner de manifiesto que esta Defensoría es consciente de que en estos procesos selectivos de carácter masivo le es exigible a la Administración convocante, la debida diligencia y celeridad en su resolución y que en base a ello, se descarga en el aspirante buena parte del esfuerzo, como es la tarea no fácil de autobarecarse en la fase de concurso, mas este principio, su existencia, en modo alguno puede justificarse si es a costa de los derechos de los participantes.

Pues bien, tras la anterior consideración y siguiendo la línea expositiva iniciada, hemos de decir que la interesada alegó este extremo en el trámite establecido de publicitación de la lista provisional, en el que instó la vista del expediente en orden a obtener una respuesta a la reducción de la puntuación autobarecada, y mediante detallado escrito de alegaciones hizo la advertencia al Tribunal solicitando en dicho acto que fueran de oficio por el Tribunal objeto de baremación en el apartado correspondiente del baremo y con la misma cuantificación (apartado 3 en lugar del 2) sin que por éste se considerara este alegato tal y como demuestra la ulterior aprobación del listado definitivo, en el que por vía de ratificación de la lista provisional en definitiva se deniega la misma, sin motivación alguna que lo fundamentara a pesar de que para dicho trámite dispuso del generoso plazo de seis meses (el que va entre las publicaciones en BOJA de los listados provisionales y definitivos).

Resulta cuando menos sorprendente que la expeditiva y sumaria práctica de este sistema (que en modo alguno tiene cobertura legal en el Decreto regulador de la selección del personal estatutario del Servicio Andaluz de Salud –Decreto 136/2001, de 12 de Junio-, ni en las bases de la Resolución convocante) pueda derivar en una situación diabólica, de tal manera que al participante en el proceso no solo se le adjudica la tarea de la baremación de sus méritos sino también la de asumir los errores que la misma pueda acarrear, sin que por esta Defensoría se pueda barruntar cuál es el alcance de la actividad del Tribunal en esta fase de supervisión de la autovaloración, pues aunque las base 8 de la convocatoria la sujeta a una serie de criterios, en modo alguno le atribuye la facultad de eliminar méritos alegados, autobareados y acreditados por los aspirantes, más bien lo contrario, le corresponde llevar a cabo, de oficio o a instancia de parte, las debidas correcciones aritméticas (si van referidas a la puntuación), a la ubicación de los méritos (si alcanza a un aspecto formal) u otras cuestiones similares, si por este órgano seleccionador se detecta, subsanando con su actuación supervisora la regularidad y corrección del proceso selectivo.

Resulta constatado que la interesada alega, autobarema y acredita la posesión de una determinada titulación formativa (dos cursos), merito que inscribe en el formulario normalizado erróneamente en el apartado 2.2 (FORMACIÓN CONTINUA) en lugar del apartado 3.2 (FORMACIÓN NO ACREDITADA E IMPARTIDA POR LAS ENTIDADES QUE SE CITAN), constituye un mero error formal que en modo alguno afecta a la cuantificación de la baremación en este apartado 3, pero que sin embargo es objeto de desproporcionada sanción por parte del Tribunal por vía de eliminación del mismo, actuación para la que carece de cobertura legal alguna y que con apoyo de la base 9.1.2 (“las alegaciones serán admitidas o denegadas por medio de la Resolución que apruebe la relación definitiva de aspirantes que superen el concurso-oposición”) utiliza de forma abusiva para no motivar la decisión, pues en modo alguno los términos de esta base impide que las alegaciones denegadas sean objeto de motivación individualizada si la resolución definitiva que se publicita no incorpora la misma, como sucede en el presente caso.

Esta doble actuación del Tribunal, primero eliminando de la autobaremación los referidos cursos y, en segundo lugar, desatendiendo las alegaciones realizadas en el correspondiente trámite, ambas sin motivación expresa alguna que la fundamente, se nos antoja mas allá de su no conformidad a Derecho, como un uso arbitrario e injusto de las potestades que el ordenamiento en general y las bases de la convocatoria en particular le atribuye, favoreciendo con ello la indefensión de los aspirantes afectados, que irremediamente se ven avocados a acudir a esta instancia o a interponer los correspondientes recursos administrativos o jurisdiccionales en defensa de sus derechos.

En este sentido, considera esta Institución que la discrecionalidad técnica de que gozan los tribunales de selección no resulta extensible a aquellos aspectos reglados de las bases reguladoras del proceso selectivo, ni tampoco los habilitan para hacer una interpretación restrictiva en perjuicio de los participantes.

Por lo anteriormente expuesto formulamos a la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional la siguiente **Recomendación**:

“Que se den las instrucciones pertinentes en orden a reconocer los meritos alegados, autobareados y acreditados por la interesada, con los

efectos que se deriven de este reconocimiento en el proceso selectivo a que se refiere”.

Recientemente y coincidiendo con la redacción de estas líneas se ha recibido en esta Institución un nuevo informe de la Dirección General de Personal y Desarrollo profesional en respuesta a la Resolución formulada por esta Defensoría, estando pues pendiente de estudio y valoración.

2.12.2. Nombramientos de cargos intermedios de unidades de gestión clínica hospitalaria.

La provisión de cargos intermedios viene siendo objeto de una constante litigiosidad, especialmente tras la anulación parcial del Decreto 75/2007 de 13 de Marzo, por Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 22 de Diciembre de 2008, en virtud de la cual se anuló el sistema de libre designación de dicha categoría de puestos, subsistiendo exclusivamente sistema de concurso de méritos

Ilustra la problemática comentada la **queja 10/3331**. El promotor de la queja exponía que la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, había reconocido públicamente, en nota de prensa, que habían sido creadas 303 Unidades de Gestión Clínica en atención hospitalaria.

Continuaba explicando el interesado que, esta organización existía de hecho, si bien no de derecho, a diferencia de las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria y de Salud Mental, que estaban reguladas por los Decretos 197/2007, de 3 de Julio, y 77/2008, de 4 Marzo, respectivamente.

Asimismo manifestaba el interesado que esas Unidades de Gestión Clínica de atención hospitalaria, no creadas, ni reguladas, hasta ese momento, tenían al frente un Director o Directora, configurados como cargos intermedios, al igual que los directores de las Unidades de Gestión Clínica, creadas y organizadas, de Atención Primaria y de Salud Mental.

En este sentido nos aclaraba que, los cargos de director de las Unidades de Gestión Clínica de atención hospitalaria no se habían cubierto, ni ofertado, de acuerdo con el Decreto 75/2007, de 13 de Marzo.

Ante la situación descrita, consideraba el interesado que, la provisión de estos cargos intermedios hospitalarios se estaba llevando sin convocatoria pública y, por tanto, vulnerándose los arts. 23.2 y 103.3 de la Constitución, perjudicándose con esto no sólo la carrera profesional del personal estatutario sino la propia calidad del servicio público sanitario.

Esta queja fue admitida a trámite, solicitándose el preceptivo informe de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional.

Del mentado informe merecen ser destacados los siguientes aspectos:

“El Decreto 75/2007, de 13 de Marzo de 2007, por el que se regula el sistema de provisión de puestos directivos y cargos intermedios de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, y en la Orden de 10 de Agosto de 2007 de la Consejería de Salud, que desarrolla el anterior, garantizando los principios

de igualdad, mérito, capacidad y publicidad, de conformidad con el párrafo a) del apartado 1 del artículo 29 de la Ley 55/2003, de 16 de Noviembre. Se establece que la cobertura de los cargos intermedios de la dirección de Unidades Clínicas -correspondientes a Jefaturas de Servicios, Jefaturas de Bloque de Enfermería, Coordinación de Programas, Coordinación y Dirección de Unidades Clínicas y Dirección de los Centros de Salud- se realizará por el sistema de provisión de libre designación.

En el artículo 9 la convocatoria contendrá el baremo de méritos aplicable que, en todo caso, se ajustará a los dispuesto en el art. 13 del presente Decreto.

De acuerdo con lo previsto en el artículo 8 del citado Decreto y para su difusión las convocatorias para la cobertura de los cargos intermedios se efectuarán por la dirección del centro sanitario al que se encuentre adscrito el cargo intermedio que se ha de proveer y se publican en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (cada nombramiento aparece publicado en el BOJA correspondiente), en la página web del Servicio Andaluz de Salud, así como en los tabloneros de anuncios de todos los centros sanitarios del Área de Salud correspondiente y se remitirá para su publicación al Servicio Andaluz de Empleo de la provincia respectiva.

Además a todos los procesos selectivos de cargos de dirección de unidades de gestión clínica se les ha de dar publicidad suficiente, especificando las características del puesto y los requisitos exigidos a las personas aspirantes para su desempeño. El proceso selectivo es evaluado por una Comisión de Selección.

Con respecto a la atención hospitalaria, dado que las UGC pueden comprender una o varias áreas de conocimiento, se está trabajando en la elaboración del mapa de necesidades en este ámbito.

En el ejercicio 2009 y 2010 el escenario en el ámbito hospitalario era el siguiente, de un total de 349 UGC (6 son UGC intercentros), el 82% de los Directores han sido nombrados como Jefes de Servicio o Jefes de Sección por los procedimientos previstos para estos desempeños de Jefaturas.

De manera funcional, y mientras se define el mapa hospitalario de UGC, realizan un encargo de funciones como Directores de UGC.”

Tras un examen detenido de la información recibida y puesta ésta en relación con la normativa de aplicación en la materia, pudimos concluir lo siguiente:

“(…) Las primeras referencias a las UGC aparecen en los documentos de planeamiento de la Consejería de Salud, para más tarde incorporarse a las estructuras asistenciales con la ulterior creación y adscripción del personal a las mismas.

Así el Plan de Calidad viene a definir la gestión clínica como un nuevo modelo de gestión asistencial que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica, otorgando a estos la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de

decisión junto al paciente, siendo la UGC la estructura administrativa sobre la que se desarrolla esta gestión.

La regulación de la organización y funcionamiento de las UGC en Andalucía, en desarrollo de la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias, se aborda inicialmente en los niveles de atención primaria y de salud mental a través de los Decretos 197/2007 y 77/2008, respectivamente, paralelamente al del régimen de provisión de los puestos o cargos que conforman los mismos, mediante el Decreto 75/2007 y Orden de desarrollo de 10 de Agosto de 2007.

Este marco jurídico, en lo que se refiere a los cargos intermedios (en los que se integran las Direcciones de las UGC) de los niveles de atención primaria y salud mental, ha venido dando cobertura a las distintas convocatorias de provisión de estos puestos, es decir, mediante publicidad de la convocatoria, exigencia de determinados requisitos y aplicación del procedimiento selectivo establecido, tanto si se tratan de cargos a proveer mediante el sistema de libre designación (caso de las Direcciones de las UGC) o mediante concurso de méritos. De la misma manera se han venido convocando cargos intermedios distintos de estas direcciones del nivel especializado u hospitalario, integrados o no en una UGC, sin que este sistema de provisión haya alcanzado a las Direcciones de las UGC de este nivel.

En este sentido, la asignación o encargo de funciones (más propiamente que provisión de puesto o cargo pues como tales no existen actualmente en las plantillas orgánicas de los centros hospitalarios), de las Direcciones de las UGC hospitalarias se lleva a cabo por la Administración sanitaria sin sometimiento a publicidad ni procedimiento alguno, mayoritariamente en la persona titular de la Jefatura del Servicio afectado por este modelo de práctica clínica.

La razón esgrimida por el Servicio Andaluz de Salud para no haber abordado la regulación, como tampoco proveer las Direcciones de las UGC hospitalarias se justifica y supedita a la necesidad de la previa aprobación de un “mapa” de estas en el ámbito hospitalario, y en otros a la aprobación del Decreto de Gestión Clínica (comparecencia de la Consejera de Salud para informar a la Comisión de Salud del Parlamento de Andalucía – Diario de Sesiones de 18.11.09), acudiendo, mientras tanto, para proveer las UGC creadas a la figura del “encargo de funciones”.

No obstante, si se examina la regulación de las UGC abordadas en los citados Decretos reguladores de los niveles de atención primaria y salud mental, vienen a demostrarnos que en este punto el marco jurídico de referencia, es decir el Decreto 75/2007 y la Orden de 10 de Agosto de 2007, no han ido precedidos de un mapa de necesidades (se desconoce si con anterioridad a la publicación de los Decretos de primaria y salud mental se aprobaron previamente mapas de las UGC en ambos ámbitos), mapa que por otro lado se configura día a día con la sucesiva generación de estas, cuyo número parece que alcanza en la actualidad el medio millar, evidenciando esta magnitud la debilidad de la argumentación.

Tampoco puede considerarse la necesidad de una previa regulación de estas unidades en la normación relativa a la ordenación de la asistencia especializada ya mediante un Decreto específico o bien mediante la modificación de la normación existente (en este caso el vigente Decreto 105/1986, de 11 de Junio, sobre ordenación de la asistencia especializada y órganos de dirección de los hospitales) como puede demostrarse con la regulación de sus homólogas en los niveles de atención primaria y salud mental, que en esta cuestión relativa a la provisión de las Direcciones de las UGC se remiten de plano al régimen general establecido en el Decreto 75/2007.

Así, en el Decreto 197/2007, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria, en su capítulo III (“Organización y funcionamiento de la UGC” -arts. 22 a 27-), tras definir y establecer la composición, funciones y acuerdo de gestión clínica, establece en su art. 25 la regulación de la figura de la Dirección de esta Unidad estableciendo su rango (cargo intermedio), su requisito de titulación universitaria sanitaria, y régimen de actividad asistencial (acumulable a la función asistencial con la posibilidad de ser reducida -art. 25.4 en relación al 30-), remitiendo su provisión, nombramiento y cese al régimen general establecido en el Decreto 75/2007.

Igual consideración cabe hacer respecto a la regulación de las UGC de Salud Mental que se acomete en el Decreto 77/2008 (arts. 12 a 19), remitiendo en su art. 21 la provisión de los cargos intermedios de este nivel al Decreto 75/2007.

Así pues, si bien es cierto que las UGC hospitalarias carecen por el momento de una regulación específica homóloga a la descrita para la atención primaria y salud mental, no es menos cierto que la regulación que de esta figura se aborda en dichos niveles es, en este punto relativo a la provisión de los cargos intermedios relativos a la Dirección de las UGC, una mera remisión al marco general establecido en el Decreto 75/2007, no precisando su convocatoria pública otro requisito previo que la creación y dotación de estos puestos en las plantillas de los respectivos centros hospitalarios, correspondiendo a las bases de las respectivas convocatorias fijar los requisitos que se consideren al caso.

Lo anterior no obsta para que la provisión de estas Direcciones de UGC hospitalarias pueda llevarse a cabo mediante otros sistemas de provisión, como es el caso del “encargo de funciones” aludido.

En este sentido la Orden de 5 de Abril de 1990 establece el régimen funcional de las plantillas de los centros asistenciales del SAS, distinguiendo la triple categoría de puestos (directivos, intermedios y básicos), disponiendo en su art. 2 que “Como caso especial dentro de los cargos intermedios, los Encargos Complementarios de Funciones, suponen una acumulación de funciones realizada a personal que ocupa puestos básicos u otros cargos intermedios, sin que ello implique duplicación de puestos” (...) cuando existan vacantes o se den otras circunstancias excepcionales de índole asistencial, podrá procederse, dentro de las asignaciones presupuestarias, a su cobertura provisional siempre que persista el encargo complementario de funciones”.

Dichas plantillas fueron fijadas por Orden de 4 de Mayo de 1990, norma que establece en su art. 2.2 que “no serán posibles nombramientos o encargo de funciones para cargos intermedios y puestos directivos si no existen vacantes declaradas de su misma clase o complementos presupuestados para tal fin”.

La figura del “encargo de funciones” con que se justifica por el SAS el actual desempeño de las funciones inherentes a las Direcciones de las UGC hospitalarias, si bien tienen su cobertura en la normativa de la función pública y del régimen estatutario, esta le atribuye un carácter excepcional y no de generalidad como viene acometiéndose para este cargo en los centros hospitalarios, donde la totalidad de las unidades que se han creado hasta el momento son asignadas o encargadas funcionalmente sin sujeción a publicidad ni procedimiento alguno.

Por otro lado, el apartado 6 del Acuerdo de Consejo de Gobierno de 18 de Julio de 2006, sobre política de personal para el periodo 2006-2008 (“Unidades de gestión Clínica”), donde se establecía el compromiso de que el SAS se comprometía a presentar una propuesta de regulación y normalización de las condiciones laborales de las UGC para su negociación en la Mesa Sectorial de sanidad en el último trimestre de 2006, sin que este compromiso se haya llevado a cabo en el ámbito hospitalario.

A lo anterior se añade que la regulación de este aspecto se supedita por el SAS a la elaboración de un mapa hospitalario de UGC, que a pesar de su complejidad y del periodo de adaptación al nuevo modelo hospitalario, se demora más allá de lo razonable, sin perjuicio de que el modelo se encuentre de hecho ampliamente desarrollado en el nivel hospitalario, con alrededor de medio millar de UGC actualmente constituidas.

La circunstancia de que más de un 80% de las Direcciones de las UGC hospitalarias creadas hayan recaído en los titulares de las Jefaturas de Servicio y Sección (se desconoce el desglose de este dato), cargos a los que se accede por vía de un procedimiento diferenciado y consolidado en el SSPA, no obsta a que la provisión de las Direcciones de las UGC lo deban ser mediante el procedimiento ad hoc previsto en el Decreto 75/2007, sin perjuicio de que excepcional y transitoriamente sean asignadas mediante encargo de funciones.

Por otro lado, las UGC no siempre coinciden con un Servicio Clínico o un Servicio Diagnóstico, pues según los casos puede alcanzar a más de un Servicio y/o parte de otros (incluso de diferentes centros hospitalarios -intercentros-), lo que plantea la incógnita de la delimitación de cuestiones relativas al liderazgo y responsabilidad en la gestión de la misma.

Siguiendo la información administrativa, cerca de un 20 % de las Direcciones de las UGC hospitalarias existentes, con independencia de los méritos de los/as profesionales que desempeñen dicho “encargo”, se han asignado sin previa convocatoria pública ni sometimiento al procedimiento establecido en el Decreto 75/2007, con la consiguiente merma de transparencia y legitimidad que ello conlleva, sin que en estos casos se cuente con el respaldo

legitimador que puede suponer desempeñar la Jefatura del Servicio o Sección que se integra en la respectiva UGC a liderar y gestionar.

Contrasta, pues, el tratamiento tan dispar con que se conduce la Administración sanitaria en esta parcela del nuevo modelo que gestión clínica en el SSPA, con una provisión de los cargos intermedios a que nos referimos ajustados a la legalidad en los niveles de asistencia primaria y salud mental (con publicidad de las convocatorias, exigencia de requisitos adecuados al perfil de los cargos, selección conforme a un procedimiento y publicidad final de las designaciones), que en el nivel especializado respecto a las Direcciones de las UGC no se dan, circunstancia que se intenta salvar con el “encargo de funciones” a los responsables de los servicios que lo integran.

No considera conveniente esta Defensoría que el desempeño de estos cargos intermedios hospitalarios lo sean con carácter general bajo la figura de “encargo de funciones”, máxime cuando se tratan de puestos o cargos del máximo nivel en la estructura orgánico asistencial de estos centros, toda vez que ello conlleva un elevado grado de discrecionalidad en su asignación o designación.

En efecto, en base a las consideraciones anteriores, entiende esta Institución que la asignación funcional de las Direcciones de las UGC no vulneran los principios básicos de provisión de las plazas de personal estatutario de igualdad, mérito, capacidad y publicidad establecidos en el art. 29.1 del Estatuto Marco del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud aprobado por Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, si bien no resulta aconsejable mantener la asignación funcional existente como sistema de provisión generalizado en este nivel asistencial.”

*A la vista de todo ello y por esta Institución se formuló a la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del SAS, la siguiente **Recomendación:***

“Que con independencia del actual grado de elaboración del mapa de las Unidades de Gestión Clínica hospitalarias, se proceda a la mayor celeridad posible a instar la regulación de la organización y funcionamiento de las UGC en el ámbito de la asistencia especializada, ateniéndose en lo referente a la provisión de las Direcciones de las mismas al procedimiento reglamentariamente establecido (Decreto 75/2007), restringiendo la asignación funcional con carácter excepcional y transitorio”.

2.12.3. Derecho a recuperar los documentos aportados en procesos selectivos

Para ilustrar este apartado, valga la cita de la **queja 10/2030**. En esta queja el reclamante planteaba que, habiendo participado en el concurso oposición correspondiente a la categoría de Técnico Especialista de Laboratorio, interesó el acceso a su expediente con objeto de poder obtener copias de determinados documentos integrantes del mismo, a saber: *“obtener copias o certificados de los títulos, cursos y demás titulación docente y/o académica que no se tengan en consideración así como se dé traslado al docente de las*

normas y criterios que sean tenidas en cuenta para la no puntuación en su totalidad del expediente...”.

Manifestaba el reclamante que, si bien se le citó para darle vista del expediente, se le denegó en cambio verbalmente la posibilidad de obtener copia de ninguno de los documentos contenidos en éste.

Apoyaba el interesado su petición en los artículos 35.h) y 37.8 de la Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, reguladora del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Admitida a trámite la queja, por esta Defensoría se acordó requerir la emisión del preceptivo informe a la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud.

La Administración reclamada fundó la improcedencia de acceder a la solicitud de traslado de las copias interesadas, en las siguientes razones:

a) La incongruencia de pretender aquél que la Administración receptora, le diese traslado de una documentación cuya copia obraba en el expediente precisamente por aportación previa del propio interesado, ya que se trataba de copias compulsadas de los certificados o títulos originales (en poder de cada titular), acreditativos de los méritos alegados por el aspirante conforme al Baremo establecido en la convocatoria del concurso oposición.

b) Por otra parte, la aplicación del principio contenido en el artículo 37.7 de la Ley 30/1992, que condicionaba el ejercicio del derecho de acceso de los particulares a la salvaguarda de la eficacia en el funcionamiento de los servicios públicos, concretado, en el supuesto concreto, en la ralentización, si no paralización, del proceso selectivo si se accediera a dar copia de sus expedientes a los participantes que lo solicitaran, teniendo en cuenta el número de procesos selectivos en curso y la masiva participación.

c) Finalmente argumentaba la Administración la imposibilidad de entregar al solicitante copia de los documentos no baremados, al no existir ninguno que no hubiera sido valorado por el Órgano Calificador.

Tras conocer el interesado el contenido del informe, tuvo a bien matizar que, en realidad, el documento cuya copia reclamaba, no era uno aportado por él, sino el confeccionado por el Tribunal calificador para proceder a la valoración desglosada de cada uno de los méritos alegados en el autobaremo, concediendo a cada uno su puntuación individual para conformar su suma el resultado final. Y ello, porque, según afirmaba, no respondía a la verdad que todos los méritos alegados hubiesen sido computados por el Tribunal o, al menos no con el valor que el reclamante les atribuyó, puesto que existía una diferencia ostensible entre la puntuación total que esperaba obtener el interesado y la otorgada por el Órgano Calificador .

A la vista de esta última apreciación, esta Defensoría acordó requerir a la Administración reclamada la emisión de nuevo informe que expresamente se ciñera a la delimitación expresada.

No obstante, la Dirección General de Personal y Desarrollo, manteniendo su posición inicial, argumentaba que el documento confeccionado por el Tribunal para la puntuación de los méritos de los aspirantes, era un documento de trabajo tipo desglosado en tantos apartados como méritos pueden alegarse, cuya copia no procedía entregar al interesado por ser objeto de posterior mecanización informática para su publicación. No existiendo discordancia entre la puntuación total y desglosada y la que se que consignaba en el documento solicitado.

En efecto, a la vista de las distintas actuaciones producidas en la queja, hubimos de considerar que la cuestión en litigio quedaba reducida a determinar si el interesado estaba amparado legalmente para obtener la copia del documento que pretendía o si, por el contrario, contaba la Administración con razones que legitimaban la denegación.

Conforme a la reserva de ley que para la regulación del derecho de los ciudadanos a acceder a los archivos y registros administrativos, establece el artículo 105.b) de la Constitución, la Ley 30/1992 en su artículo 35.a), reconoce a los ciudadanos, en sus relaciones con las Administraciones Públicas, entre otros, el derecho a conocer, en cualquier momento, el estado de la tramitación de los procedimientos en los que tengan la condición de interesados y a obtener copias de documentos contenidos en ellos, así como a acceder a los registros y archivos de las Administraciones Públicas en los términos previstos en la Constitución y en ésta u otras leyes (apartado h) . En el mismo sentido se reconoce en el artículo 5.1.h) de la Ley 9/2007, de 22 de Octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía.

Por su parte, el artículo 37 de la Ley 30/1992, consagra, en su apartado primero, el derecho general de acceso a archivos y registros y a los documentos de los expedientes que en aquellos obren, a todos los ciudadanos, siempre que tales expedientes correspondan a procedimientos terminados en la fecha de la solicitud. Derecho de acceso que comprende el de obtener copias o certificados de los documentos cuyo examen se permita (artículo 37.8) y que deberá ser ejercido por los particulares de forma que no se vea afectada la eficacia del funcionamiento de los servicios públicos (artículo 37.7).

Partiendo de la regulación legal, el punto de partida era el de considerar que el reclamante, como interesado en el proceso selectivo en el que participaba como aspirante, tenía derecho, en abstracto, tanto a conocer el estado de la tramitación de su procedimiento (cosa que no se discutía ni le había sido denegada por la Administración), como a obtener copia de algún o de algunos de los documentos que formen parte de dicho expediente. Siendo el ejercicio de este último derecho el que reclamaba.

Aun cuando el artículo 37 de la Ley 30/1992, al referirse a procedimientos terminados en la fecha de la solicitud, no era de aplicación estricta a la discordia planteada, el derecho de acceso que reconoce, debía no obstante cohererse con el derecho del artículo 35.a), puesto que en su apartado cuarto especificaba que el ejercicio de este derecho podría ser denegado cuando prevaleciesen razones de interés público, por intereses de terceros más dignos de protección o cuando así lo disponga una Ley. Causas que facultaban a la Administración para la denegación del acceso, si bien, previo dictado de resolución motivada que así lo acordase.

En el supuesto que el reclamante sometía a nuestra consideración, la Administración reclamada no sólo no expresó al interesado, al tiempo en que se le dio vista del expediente, las razones por las que no podía obtener copias de los documentos

integrantes del mismo que previamente había individualizado, sino que tampoco dictó resolución motivadora de las razones de la denegación.

Y así, entre los argumentos de que se vale la Administración sanitaria para refrendar formalmente su postura, esta defensoría hubo de manifestar lo siguiente:

Al primero, concretado en ser improcedente el traslado al titular que ha aportado los títulos y certificados originales que por copia compulsada obran en el expediente, de copias de dichas copias compulsadas, hayan sido o no valorados por el Órgano Calificador, no cabía oponer objeción alguna. Ya que si la propia Ley 30/1992 (artículo 35.f) y el artículo 84.3 de la Ley 9/2007, reconocían el derecho de los ciudadanos a no presentar documentos que ya se encuentren en poder de la Administración actuante, no existe ninguna duda de que, “a contrario sensu”, no podía exigir nueva copia a la Administración destinataria de los mismos, el titular de unos documentos que personalmente los ha facilitado a la Administración y que, por tanto, tiene los originales asimismo en su poder.

Al segundo, consistente en basar la denegación en la aplicación del principio contenido en el artículo 37.7 de la Ley 30/1992, que condicionaba el ejercicio del derecho de acceso de los particulares a la salvaguarda de la eficacia en el funcionamiento de los servicios públicos, hubimos de manifestar nuestro rechazo. El precepto citado disponía literalmente que “*El derecho de acceso será ejercido por los particulares de forma que no se vea afectada la eficacia del funcionamiento de los servicios públicos*”. Y, precisamente, al objeto de no menoscabar la eficacia funcional que citaba, especificaba que el solicitante debía formular petición individualizada de los documentos que deseaba consultar, como así hizo. De donde se colige que otorgado el acceso y señalado su contenido concreto, el derecho conllevaba el de obtener copias de los documentos cuyo examen se había autorizado, en los términos del artículo 37.8 de la Ley 30/1992.

En consecuencia con la posición jurídica mantenida por esta Defensoría de conformidad con el artículo 29.1 de la Ley 9/83, de 1 de Diciembre, reguladora del Defensor del Pueblo Andaluz, formulamos a la Dirección General de Personal y desarrollo Profesional el siguiente **Recordatorio** de deberes legales:

«• Artículo 105.b) de la Constitución española de 1978.

• Artículos 35.a), 35.h), 37.1, 37.7 y 37.8 de la Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, reguladora del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

• Artículos 5.1.h), 84.3 de la Ley 9/2007, de 22 de Octubre».

Asimismo, y con idéntico fundamento legal, formulamos a la citada Dirección General la siguiente **Recomendación**:

“Que proceda a dar traslado al reclamante de copia simple del documento confeccionado por el Tribunal para la puntuación de los méritos de aquel, que obra en su expediente en el proceso selectivo correspondiente a la categoría de Técnico Especialista de Laboratorio, de la oferta de empleo público (...)”.

Esta Recomendación no ha sido aceptada por la Administración sanitaria, reiterándose en los mismos argumentos esgrimidos en los distintos informes evacuados durante la tramitación de la que

2.12.4. Publicidad de los criterios para la evaluación de competencias profesionales.

Para ilustra la problemática que da título a este apartado, valga la cita de la **queja 09/3742**. Por la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional se convocaron concursos-oposiciones a plazas básicas vacantes correspondientes a diversas categorías de personal dependiente del SAS. La convocatorias contenían las bases reguladoras de dichos procesos selectivos.

No obstante, en relación a la fase de oposición, denunciaban los interesados que la prueba relativa a la evaluación de las competencias, consistente en un cuestionario tipo test, el Tribunal había dado publicidad de la plantilla de respuesta como sucedió con la primera prueba (también consistente en un cuestionario tipo test).

Consideraban los interesados que esta omisión les había generado una grave indefensión, a la vez que suponía una vulneración del principio de publicidad y transparencia exigible a todos los procesos selectivos al empleo público, conforme a lo dispuesto en el art. 103 del texto constitucional.

Pues bien, en relación con el asunto planteado conviene traer a colación el El art. 30 de la Ley 55/2003, de 16 de Diciembre por el que se aprobaba el Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud que dispone que la selección del personal se hará mediante convocatoria pública y con arreglo a un procedimiento que garantice los principios constitucionales de igualdad, mérito, capacidad y competencia, debiendo la convocatoria ser objeto de publicidad en el boletín oficial correspondiente, añadiendo que las convocatorias y sus bases vinculan a la Administración, a los tribunales encargados de juzgar las pruebas y a los participantes en las mismas, precepto que se reitera en el Decreto 136/2001, de 12 de Junio, por el que se regula la selección y provisión de plazas básicas de esta naturaleza.

Solicitado el preceptivo informe de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional en el mismo se hacía constar que la resoluciones de convocatoria establecían que el proceso selectivo constaba de una fase de oposición y otra de concurso de méritos, disponiendo respecto a la fase de oposición que constaba de tres pruebas, una primera de 100 preguntas teóricas seguida de un supuesto práctico y finalmente de *“una prueba de evaluación de competencias consistente en un cuestionario tipo test, de un máximo de 100 preguntas, conformado por grupo de respuestas de selección forzada dirigido a evaluar las cuatro competencias generales: actitud de aprendizaje y mejora continua, trabajo en equipo, orientación a resultados y orientación al ciudadano”*, respecto a las cuales el informe administrativo matiza que las mismas se corresponden con las establecidas en el I y II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, negociados con las Organizaciones Sindicales en el seno de la Mesa Sectorial de Sanidad.

El informe administrativo matizaba que la prueba de competencias no había influido en absoluto en la evaluación de los participantes, dado que esta prueba no había sido determinante para que los aspirantes superasen la fase de oposición, pues no era eliminatoria y no determinaba la superación de la fase de oposición, Y añadía que:

“Para el diseño de esta prueba se parte de las cuatro competencias anteriormente mencionadas (...). Para puntuar este ejercicio se ha de seguir un tratamiento de fiabilidad que requiere unas consideraciones especiales y particularmente complejas pues el sistema de puntuación y resultados diverge de las condiciones habituales de acierto-error por cuanto las respuestas son interdependientes y, en consecuencia, no pueden ser consideradas como tales puntuaciones aisladamente sino como constitutivas de una estructura individual diferenciada y diferenciable. En atención a estas consideraciones resulta totalmente imposible la publicación de una plantilla de respuestas, pues verdaderamente no existen preguntas correctas o incorrectas, sino que las distintas respuestas son evaluadas como parte integrante de una totalidad.

A este respecto, la base 6.5 de las convocatorias atribuye al Tribunal de las pruebas la “determinación concreta del contenido de las pruebas, a excepción de la prueba de evaluación de competencias que será diseñada y evaluada por una empresa de psicometría especializada en la materia”.

Desde la perspectiva de esta Institución, la complejidad intrínseca a esta evaluación no impedía que desde la Administración se favoreciese siquiera el conocimiento de los criterios que regían dicho sistema, sin que necesariamente responda al modelo cerrado de unas plantillas como se establecía para las pruebas tipo test de la primera subfase de la fase de oposición de estas convocatorias, dado que como decía el informe administrativo este sistema no se correspondía con el de acierto-error o preguntas correctas o incorrectas.

Sin duda, que el planteamiento concreto de esta evaluación competencial se abordase desde el formato de un cuestionario conformado por un grupo de respuestas de elección forzosa no implicaba que la valoración del mismo debiera venir en exclusiva de una plantilla, sino a la resultante de un sistema más complejo en el que se establecía la interdependencia de las respuestas entre sí, conforme a unos criterios acordados por el respectivo Tribunal del concurso-oposición, con independencia de que el sistema fuese diseñado y evaluado por una empresa especializada.

El que las bases de la convocatoria no concretasen los criterios de valoración aplicable a este prueba, en contraposición al otro cuestionario de primera prueba, obligaba al Tribunal correspondiente publicitar los criterios aplicables a la prueba de evaluación de competencias, cuya determinación concreta del contenido de dicha prueba se atribuía a una empresa de psicometría especializada en la materia, empresa que resultaría obligada a suministrar al Tribunal dicha información para su traslado a los interesados.

En todo caso, la resultante de la aplicación de dichos criterios al cuestionario de evaluación de competencias podría ser objeto de revisión si por el interesado/a se instase al respecto conforme al sistema establecido con carácter general en las bases de la convocatoria.

Por lo anteriormente expuesto, de conformidad con lo establecido en el art. 29.1 de la Ley 9/1983, reguladora de esta Institución, formulamos a la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional la siguiente **Recomendación**:

“Que en el seno de los procesos selectivos correspondientes a plazas básicas del SAS, por los Tribunales juzgadores se de publicidad de los criterios aplicables a la subfase de evaluación de competencias profesionales”.

La Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional nos trasladó la imposibilidad de aceptar la Recomendación formulada, toda vez, que estaban pendientes de Resolución judicial numerosos recursos contencioso-administrativos formulados por los afectados, no pudiéndose pues, asegurar que se mantuviese la actual configuración de la evaluación en futuras convocatorias.

2.12.5. Revocación de Resolución por la que acordaba la exención de guardias al interesado.

Esta problemática fue objeto de tratamiento en el Informe Anual pasado, ilustrando la misma la **queja 09/159**, si bien su relato quedó inconcluso, toda vez que coincidiendo con el momento de redacción del mentado Informe, se recibió el informe solicitado de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del SAS, y por consiguiente, el mismo se encontraba pendiente de estudio y valoración.

No obstante, dada la relevancia que este asunto podría tener, nos comprometimos a dar cuenta a esa Cámara en el presente Informe, de la Resolución que finalmente pudiésemos adoptar.

Con carácter previo, resulta necesario hacer una breve referencia a problemática que ilustra este apartado.

En efecto, el promotor de la queja denunciaba que tras habersele reconocido su solicitud de exención de guardias médicas con motivo de alcanzar la edad de 55 años, dictándose la oportuna Resolución que contemplaba dicho reconocimiento, se dicta una nueva Resolución por la que se procede de forma unilateral a revocar la anterior concesión, fundándose dicha revocación en necesidades asistenciales y organizativas en base al número de facultativos con los que contaba el servicio, la reducción de jornada de otros facultativos con posterioridad a su exención y la falta de disponibilidad de personal en la categoría profesional.

El relato de la queja que se recogía en el Informe Anual pasado, terminaba con una breve mención del informe recibido de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud.

El mentado organismo justificaba la procedencia de la Resolución revocatoria del derecho reconocido al interesado en base al Decreto 21/2000, de 31 de Enero, sobre régimen jurídico de las guardias médicas y en la Orden de 10 de Mayo de 2000, sobre guardias médicas en los centros Hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud, que condicionaba la autorización de la exención a que las necesidades del servicio así lo permitieran. Pudiéndose interpretar pues, que el simple cumplimiento de la edad de 55 años no generaba un derecho absoluto por parte del profesional para la exención de la realización de guardias médicas.

Tras un examen detenido de la información recibida y puesta ésta en relación con la normativa que el organismo afectado cita de aplicación, esta Institución discrepaba de la interpretación que de la mentada normativa mantenía la Dirección General de

Personal y Desarrollo Profesional, toda vez que si bien es cierto que la concesión de la exención de las guardias médicas –jornada complementaria- por haberse alcanzado la edad de 55 años, estaba condicionada a las necesidades del servicio, esta circunstancia se contemplaba, debemos existir con anterioridad a la concesión o reconocimiento de la exención, no siendo de aplicación a posteriori, para revocar una exención que ya se venía disfrutando.

Finalmente, la Dirección General citada reconsideró su postura, volviendo el promotor de la queja al disfrutar de la exención que le fue reconocida.

2.12.6. Situación laboral de los profesionales de un centro de salud.

Ilustra este enunciado la **queja 11/6019** iniciada de oficio por esta Defensoría al tener conocimiento, a través de la queja formulada por un colectivo de profesionales de un centro de salud de la provincia de Jaén, de la situación laboral que venían padeciendo debido a la organización del trabajo en dicho centro, que, en opinión de los interesados, contravenía la legislación existente y estaba provocando una serie de daños en los profesionales.

Explicaban los promotores de la queja desde que se les contrató, fueron informados de las especiales características de los horarios que se mantenían en el citado centro, de 8 de la mañana a 21 horas, y de la especial distribución de los horarios, cada equipo trabajaba uno de mañana y el otro de tarde, de forma rotatoria, *“teniendo que atender el cupo propio incluido sus urgencias, así como las urgencias de los compañeros que trabajaban en el otro turno”*.

No obstante, según nos manifestaban los afectados, desde su incorporación al centro pudieron observar, y así se lo comunicaron a sus responsables inmediatos, de la total desorganización del centro y falta de educación sanitaria de la población, fruto de la excesiva rotación de profesionales. Y añadían, que era a partir de ese momento cuando comenzaron a tener problemas con el responsable de la Unidad Clínica de Gestión, derivados de la especial organización del trabajo de dicho Centro de Salud.

Según el relato de los hechos que se describían en la queja, una enfermera del centro, dirigió un escrito a la Dirección del Distrito Sanitario de Jaén Sur comunicando, entre otros temas, las consecuencias perjudiciales sobre su salud a causa de la existencia de sobrecarga de trabajo derivada de la organización del centro, el incumplimiento del descanso de 12 horas ininterrumpidas contemplado en el Estatuto Marco artículo 51 punto 2, y la dificultad de conciliar el trabajo con la vida familiar.

En este mismo sentido, nos contaban, que otro profesional del centro, elevó una nueva reclamación a la Dirección, denunciando la situación relativa a sobrecargas de trabajo por realización de tareas que no corresponden a cada categoría profesional, así como posibles coacciones llevadas a cabo por un sanitario de la Unidad Clínica de Gestión.

Nos informaban que, tenían constancia que un grupo de enfermeras, habían comunicado formalmente a la mentada instancia sanitaria los problemas relativos a la organización del Centro, el incumplimiento del descanso de 12 horas ininterrumpidas contemplado en el Estatuto Marco y posible abuso de autoridad llevado a cabo por la Dirección de la Unidad Clínica de Gestión.

Asimismo, contaban los interesados que, un grupo de médicos, habían comunicado a la Dirección a la Dirección del Distrito Sanitario de Jaén Sur, que en la Población del municipio dónde se ubicaba el centro de salud no se daban los parámetros mínimos del Contrato programa del SAS, para que el centro de salud funcionase por las tardes -ya que el modelo tipo de Contrato Programa del SAS explicitaba que la Jornada de tarde en poblaciones inferiores a 6.000 habitantes sería de carácter voluntario por parte de los trabajadores- el incumplimiento del Decreto 137/2002 sobre el horario de apertura de los centros de Atención Primaria (de 8,00 a 20,00 horas) y la sobrecarga de trabajo que suponía atender al cupo de trabajo personal y las urgencias del otro médico, así como, los posibles vacíos asistenciales que la organización del trabajo producían. A la vez que solicitaban que, se les diera el mismo trato que al resto de los profesionales de dicho Distrito sanitario y se suspendieran los turnos de tarde del centro de salud durante el periodo estival, como así venía ocurriendo en todos los centros de atención primaria de la provincia.

Continúan relatando los promotores de la queja que el pasado mes de Agosto y como consecuencia de la organización del trabajo, un médico y su enfermera sufrieron una agresión verbal, siendo zarandeada la enfermera por unos usuarios, por un vacío asistencial provocado por la organización del Trabajo. Como consecuencia de la citada agresión, tanto el médico como la enfermera se encontraban de baja por accidente de trabajo.

Finalmente, denunciaban los promotores de la queja que pese a la intervención del Comité de Seguridad y Salud del Complejo Hospitalario D.A. Primaria y CATS de Jaén, el centro de salud sigue manteniendo la postura de no modificar la organización del trabajo ni los horarios de apertura.

Tras recabar la oportuna información de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional, con la intención de investigar los hechos denunciados y proponer soluciones al problema creado, en el momento de elaboración del Informe estamos a la espera de recibir dicha información, momento en el cual procederemos su valoración, adoptando las actuaciones que procedan.

V. MEDIO AMBIENTE

2.1.3. Contaminación.

2.1.3.1. Contaminación acústica.

2.1.3.1.1. Inminente aprobación de un nuevo Reglamento de Protección contra la Contaminación Acústica.

A la fecha de elaboración del presente Informe Anual, se encuentra en muy avanzado estado de tramitación el Proyecto de Decreto por el que se aprueba un nuevo Reglamento de Protección contra la Contaminación Acústica en Andalucía y se modifica el Decreto 357/2010, de 3 de Agosto, por el que se aprueba el Reglamento para la protección de la calidad del cielo nocturno frente a la contaminación lumínica y el establecimiento de medidas de ahorro y eficiencia energética.

Constituye esta iniciativa normativa una modificación de amplísimo calado en el régimen jurídico de la contaminación acústica en nuestra Comunidad y de la misma depende en gran medida que se solucionen o no los importantísimos y reiteradísimos problemas de ruidos que se registran en Andalucía.

Considerando pues la trascendencia que en esta materia tiene un cambio normativo como el que comentamos, esta Institución ha entendido oportuno permanecer atenta ante la evolución habida del Proyecto de Decreto para, en la medida de sus posibilidades, hacer valer todas y cada una de las sugerencias que a lo largo de los últimos años han sido trasladadas a las Administraciones Públicas de Andalucía a raíz de la constatación de los numerosísimos casos de conflicto surgidos en nuestra Comunidad por temas de ruido.

En este sentido, al margen de cuanto ha sido relatado en los innumerables expedientes de queja tramitados por contaminación acústica y en nuestros informes presentados ante el Parlamento de Andalucía, esta Defensoría ha mantenido diversos contactos con la Consejería de Medio Ambiente de la Junta de Andalucía para hacerle llegar, una vez más, nuestra opinión sobre el sentido que deberían tener los cambios que se realizasen sobre el Decreto 326/2003, de 25 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Protección contra la Contaminación Acústica de Andalucía, y nuestra valoración negativa respecto de algunas modificaciones inicialmente planteadas por la Administración autonómica en sus borradores de Decreto.

Así, a partir de la regulación contenida en uno de los borradores de Decreto, esta Institución señaló lo siguiente:

- Que no compartíamos las restricciones planteadas en el ámbito de aplicación del Reglamento, especialmente las que suponían la exclusión de la norma de los ruidos producidos por actividades domésticas o comportamientos de los vecinos.
- Que entendíamos necesario establecer requisitos para la instalación de terrazas de veladores por parte de establecimientos hosteleros, habida cuenta su

incidencia acústica y que constituyen, en muchos casos, el origen de problemas de convivencia entre vecinos.

- Que estimábamos conveniente la fijación de límites generales en relación con las actividades tradicionales desarrolladas en los municipios, como pudieran ser las ferias, las verbenas, las cruces de mayo, etc.
- Que no compartíamos la decisión de relajar determinados objetivos de calidad acústica actualmente fijados en el Decreto 326/2003, de 25 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Protección contra la Contaminación Acústica en Andalucía.
- Que entendíamos desaconsejable la supresión del plazo máximo de 1 año para reestablecer los niveles de ruido en zonas acústicamente saturadas a los límites fijados por el Decreto.
- Que considerábamos improcedente la posibilidad que contemplaba el borrador de decreto de utilizar, en el interior de establecimientos, sistemas de reproducción musical a niveles que pueden producir lesiones permanentes en la sensibilidad auditiva.
- Que enjuiciábamos necesaria una regulación más detallada del régimen de las actividades ruidosas en la vía pública.
- Que debería contemplarse la posibilidad para la Administración de incoar expediente sancionador amparado en una inspección ambiental llevada a cabo a instancias de la parte afectada.
- Que la actuación subsidiaria de la Administración autonómica debería estar prevista no sólo para los casos en los que la Administración local no ofrezca respuesta a los requerimientos de las personas afectadas, sino también para aquellos casos en los que la respuesta ofrecida no sea la adecuada a tenor de lo requerido por la normativa sobre contaminación acústica.
- Que la colaboración que pueda ser prestada por la Administración autonómica a la local no quede restringida a actuaciones de vigilancia e inspección, sino que la misma también resulte factible para la elaboración de estudios, mapas o planes sobre contaminación acústica, especialmente cuando se trate de municipios con escasa disponibilidad presupuestaria.

Pese a lo anterior, y atendiendo a la evolución habida del mencionado borrador, comprobamos con gran desaliento que la inmensa mayoría de nuestras sugerencias no han sido atendidas, y que la regulación que parece estar imponiéndose va a suponer un grave retroceso sobre el régimen existente hasta la fecha.

Así por ejemplo, la exclusión del ámbito de aplicación del Decreto de los ruidos surgidos en el ámbito doméstico o la supresión de un límite máximo temporal de un año para que los Ayuntamientos acomoden los niveles de ruido registrados en zonas acústicamente saturada a los autorizados por la norma, en absoluto va a contribuir a

solucionar un problema ambiental que, según el Ecobarómetro de Andalucía de 2011, es el segundo que más incidencia tiene en nuestras ciudades.

Entendemos pues que la Administración de la Junta de Andalucía está desaprovechando una gran oportunidad de mejorar el régimen regulatorio de la contaminación acústica para hacer posible la solución de los gravísimos problemas de ruido que se producen en nuestra Comunidad; y que, al mismo tiempo, está desoyendo, de forma infundada e incomprensible, las sugerencias que sobre este asunto le han sido planteadas por esta Defensoría del Pueblo Andaluz, testigo de excepción de las constantes lesiones de derechos fundamentales que se producen por esta cuestión.

De este modo, trasladamos a la Cámara legislativa autonómica que, a nuestro juicio, la Administración ambiental de la Junta de Andalucía debería reconsiderar el sentido de la modificación normativa señalada.

2.1.3.1.2. Informe especial sobre la incidencia de la Ley Antibotellón.

Otro de los retos asumidos y cumplidos por la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz durante el año 2011 ha sido la elaboración de un Informe Especial acerca de la incidencia, en el ocio juvenil, de la Ley 7/2006, de 24 de Octubre, sobre potestades administrativas en materia de determinadas actividades de ocio en los espacios abiertos de los municipios de Andalucía.

A través del mismo se ha querido conocer cómo han aplicado la norma los municipios objeto de nuestra investigación, los de más de 50.000 habitantes, y en qué medida han sido solventados los problemas de convivencia ciudadana derivados de esta recurrente forma de ocio juvenil.

Con carácter general, la Institución hace una valoración positiva de la norma por cuanto que la misma constituye el instrumento jurídico necesario para que los municipios aborden convenientemente la cuestión.

La misma ofrece a los Ayuntamientos la posibilidad, bien de mantener una prohibición general de consumo de bebidas en todos los espacios abiertos del término municipal, bien de autorizar el consumo en algunos de tales espacios fijando además las condiciones que los mismos deben reunir. De este modo, nos hemos encontrado con municipios como Málaga, que han optado por el modelo prohibicionista, y municipios como Granada que han preferido recurrir a la autorización del llamado “botellódromo”.

Entendemos pues que no existe una solución única a la cuestión sino que cada Ayuntamiento, en atención a las circunstancias particulares que concurran en el municipio, debe optar por la que mejor se acomode a su propia realidad, en el bien entendido que si opta por la opción autorizatoria deberá poner a disposición de la juventud no sólo los espacios sino también las infraestructuras que los mismos precisan.

No obstante lo anterior, consideramos que la tendencia última debería ser la de favorecer un consumo responsable de alcohol por parte de la población, independientemente de que éste se produzca en espacios abiertos, en hogares o en establecimientos hosteleros, ya que los daños tremendos que sobre la salud provoca la ingesta masiva y abusiva de estas bebidas son inasumibles.

Es por ello por lo que abogamos por la reconversión de los espacios abiertos en lugares en los que desarrollar un ocio saludable que no provoque problemas de convivencia ciudadana.

2.1.3.1.3. Incremento de los problemas causados por las terrazas de veladores y por los clientes de establecimientos que consumen bebidas fuera de estos.

Con respecto a las quejas por ruidos generados desde terrazas de veladores de establecimientos hosteleros o por la clientela de éstos que consume en la vía pública fuera de los espacios autorizados, las mismas siguen creciendo año tras año hasta el punto de que, hoy en día, constituyen una de las principales causas de intervención de esta Institución.

Ejemplo de ello son la **queja 10/2551**, tramitada contra el Ayuntamiento de Sevilla por los ruidos ocasionados por un bar situado en la calle Telegrafistas; la **queja 11/1554**, tramitada contra el Ayuntamiento de Sevilla por su inactividad ante las diversas irregularidades detectadas en un bar con música de la calle Marqués de Paradas; la **queja 11/3177**, tramitada contra el Ayuntamiento de Sevilla con ocasión de la instalación, aparentemente ilícita, de numerosas terrazas de veladores por establecimientos radicados en la calle Betis; la **queja 10/1547**, tramitada contra el Ayuntamiento de Níjar por su inactividad ante denuncias formuladas por la Policía Local contra establecimientos situados en la barriada de San José; o la **queja 10/6530**, tramitada contra el Ayuntamiento de Huelva con ocasión de la firma de un Convenio de Colaboración con la Asociación de Bares y Cafeterías, por medio del cual se autorizaba a estos establecimientos el desarrollo de determinadas actividades que ni estaban contempladas en la correspondiente licencia municipal ni resultaban autorizables a tenor de lo dispuesto en la normativa autonómica sobre espectáculos públicos y actividades recreativas.

Es cierto que la actual coyuntura de crisis económica está teniendo especial incidencia en el sector de la hostelería y que, como consecuencia de ello, muchos establecimientos están viendo disminuir sus ingresos. No obstante, esta realidad no puede justificar en ningún caso la tolerancia o el fomento del desarrollo de conductas ilícitas, máxime cuando las mismas suponen la conculcación o la puesta en peligro de derechos de residentes en las proximidades de estos establecimientos.

De este modo, los poderes públicos y las personas titulares de estos establecimientos deberán idear sistemas que permitan la reactivación de este sector económico que no lleven implícito la conculcación de los derechos de la ciudadanía. Y es que no puede tolerarse que con la excusa de la disminución de la clientela y de los ingresos, muy considerables por cierto en determinados establecimientos, se permita el consumo de bebidas en la calle o se instalen terrazas de veladores por doquier, por parte de cualquier tipo de actividad y hasta altas horas de la madrugada, independientemente de las molestias que ello ocasiona a los vecinos y vecinas que residan en la zona.

Esta Institución viene reclamando desde hace años la necesidad de hacer compatibles los derechos de todas las partes afectadas. En este sentido, lleva ya mucho tiempo sugiriendo a los poderes públicos lo siguiente:

- De una parte, que estas terrazas de veladores sean sometidas a un procedimiento de prevención ambiental específico ya que no tiene sentido que la

actividad desarrollada en el interior de los establecimientos hosteleros sí lo esté y que no ocurra lo mismo con las terrazas, cuando éstas constituyen en la mayoría de los casos el mayor foco de ruido.

- De otra parte, que los horarios de apertura y cierre de los establecimientos se modulen en atención al uso predominante del suelo en el que se ubiquen, de forma que en zonas residenciales estos horarios sean mucho más limitados que en zonas donde no se vean peligrar los derechos de vecinos y vecinas.
- Finalmente, que el régimen de la instalación de terrazas de veladores vaya igualmente relacionado con los usos predominantes del suelo en el que se ubique el establecimiento, de forma que en zonas de uso residencial resulte mucho más restringido que en otras en las que tal uso no sea el que predomine.

2.1.3.2. Contaminación atmosférica.

En relación con las actuaciones seguidas por esta Defensoría para favorecer la reducción de la contaminación atmosférica y de las emisiones de gases de efecto invernadero, entendemos destacable la **queja 10/6122**, tramitada ante la Consejería de Hacienda y Administración Pública a partir de los compromisos asumidos a través del Plan Andaluz de Acción por el Clima 2007-2012 y de que según el Instituto para la Diversificación y Ahorro de la Energía (IDAE) existe un gran potencial de ahorro energético en el ámbito de los edificios, instalaciones y equipamientos públicos.

De este modo, se analizó el régimen de la contratación de servicios energéticos en edificios públicos y se concluyó que la actual regulación contenida en el artículo 40 del Decreto legislativo 1/2010, de 2 de Marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía podía desincentivar el recurso a este tipo de contratos o, cuando menos, retrasar ampliamente su tramitación, habida cuenta que tal precepto requiere el beneplácito de la persona titular de la Consejería competente en materia de Hacienda para ampliar, por encima de 4, las anualidades en las que poder aplicar gastos derivados de contratos de suministro o servicios.

Así, esta Defensoría sometió a la valoración de la Consejería de Hacienda y Administración Pública la posibilidad de excepcionar la limitación contenida en el apartado tercero del artículo 40 cuando se trate de contratos de gestión de servicios energéticos en edificios públicos, encaminados a lograr una mayor eficiencia energética.

En respuesta a nuestra propuesta, la Consejería de Hacienda y Administración Pública señaló que el Consejo de Gobierno había acordado ampliar a 6 el plazo de 4 años citado, de modo que a partir de ese momento resultaba factible la celebración de contratos de servicios energéticos en edificios públicos con tal vigencia.

Entendemos pues que la actuación administrativa se orienta de manera adecuada para la consecución del fin último pretendido, cual es el logro de una considerable reducción de los gases de efecto invernadero provocados por edificios e instalaciones públicas.

2.1.3.3. Contaminación electromagnética.

Analizados los datos relativos al número de quejas tramitadas sobre radiaciones electromagnéticas generadas por estaciones base de telefonía móvil, se detecta que en el año 2011 ha habido un considerable descenso respecto a ejercicios anteriores.

Además, resulta alentador comprobar la existencia de una mayor concienciación, por parte de los responsables municipales, acerca de la necesidad de intervenir en supuestos de este tipo, amén de un mayor conocimiento sobre el modo de proceder y el alcance que puede tener la actuación del Ayuntamiento.

Ejemplo de lo que comentamos son el Ayuntamiento de Málaga, afectado en la **queja 11/4909**, y el Ayuntamiento de Córdoba, sobre el que se promovió la **queja 11/2669**.

En ambos casos, la actuación municipal fue dirigida a comprobar si las antenas se ajustaban a las prescripciones de la normativa urbanística, de forma que cuando verificaron que no era así, instaron a las operadoras de telecomunicaciones a que restauraran el orden jurídico perturbado y que repusieran la realidad física alterada.

2.1.4. Prevención ambiental.

Al hilo de la tramitación de diversos expedientes de queja esta Institución ha podido confirmar que los hornos crematorios, que constituyen el objeto de muchas de nuestras intervenciones, no se encuentran en la actualidad recogidos en el Anexo I de la Ley 7/2007, de 9 de julio, de Gestión Integrada de la Calidad Ambiental (GICA). De este modo, a estas actividades no le son aplicables los procedimientos de prevención y control ambiental establecidos en los artículos 16.1.a, 16.1.b, 16.1.c y 16.1.d de dicha Ley, salvo que por su ubicación territorial concreta puedan resultar subsumibles en el supuesto contemplado en su artículo 27.1.d por afectar directa o indirectamente a espacios de la Red Natura 2000, en cuyo caso podrían estar sometidos a Autorización Ambiental Unificada, si así se decidiese.

No obstante lo anterior, la actividad de incineración de cadáveres humanos o restos de exhumación se incluye en el Anexo IV de la Ley 34/2007, de 15 de Noviembre, de calidad del aire y protección de la atmósfera, al tener la consideración de “actividad potencialmente contaminadora de la atmósfera” (Grupo B, categoría 2.12.4).

Esta regulación ha llevado a algunos sectores sociales a trasladar a esta Defensoría su preocupación por la ausencia de sujeción de estas actividades a procedimiento alguno de prevención y control ambiental, arguyendo para ello que no parece tener sentido dicha reglamentación cuando un simple bar sin cocina y sin música o una tienda de venta de frutas y verduras sí están sujetos a este tipo de procedimientos.

En este sentido, califican como insuficiente la exigencia para el funcionamiento de este tipo de actividades de una autorización de emisiones a la atmósfera, al amparo de lo dispuesto en los artículos 16.1.e y 46 de la mencionada Ley GICA.

Asimismo, plantean que otras Comunidades Autónomas como Madrid o Extremadura sí han optado por someter estas actividades de cremación de cadáveres humanos a procedimientos de prevención ambiental, asumiendo que las mismas pueden ocasionar efectos adversos sobre el medio ambiente, en consonancia pues con lo reglado en la antedicha Ley 34/2007.

Pues bien, considerando lo anterior, esta Defensoría del Pueblo Andaluz incoó de oficio la **queja 11/3289**, y con motivo de la misma trasladó a la Consejería de Medio

Ambiente de la Junta de Andalucía la posibilidad de incluir en el mencionado Anexo I de la Ley 7/2007, las actividades de incineración de cadáveres humanos o restos de exhumación, independientemente de su ubicación cual sea.

En respuesta a nuestra sugerencia, la Consejería de Medio Ambiente aceptó realizar los estudios técnicos precisos para determinar la necesidad o no de someter estas actividades al correspondiente procedimiento de prevención y control ambiental y, por ende, de incluirlas en el Anexo I de la GICA.

2.1.5. Sanidad y salubridad.

2.1.5.1. Problemas derivados de la desatención de inmuebles.

Durante este ejercicio 2011 se ha confirmado la tendencia alcista registrada en años anteriores respecto a las quejas tramitadas a raíz de la aparición de problemas de salubridad derivados de la falta de atención de inmuebles por parte de sus propietarios.

Podemos citar como ejemplo de lo que comentamos la **queja 11/1937**, la **queja 11/3834** y la **queja 11/4998**, referidas a inmuebles localizados en los municipios de Almería, Sevilla y Guillena que presentaban un deplorable estado de abandono que afectaba negativamente al medio ambiente, al ornato e incluso a la propia integridad física de las personas que residían en sus proximidades.

En relación con estos casos conviene recordar que el artículo 155 de la Ley 7/2002, de 17 de Diciembre, de Ordenación Urbanística de Andalucía (LOUA), obliga a los propietarios de terrenos, construcciones y edificios a mantenerlos en condiciones de seguridad, salubridad y ornato público; y además faculta a los municipios a ordenar, de oficio o a instancia de cualquier interesado, la ejecución de las obras necesarias para que dichas condiciones sean mantenidas, obras éstas que pueden ser realizadas con carácter subsidiario y a cuenta de los propietarios de los inmuebles.

2.1.5.2. Incidencias ocasionadas por instalaciones ganaderas localizadas en entornos residenciales.

Fruto del rápido y desordenado crecimiento urbanístico habido en algunos municipios son los problemas de salubridad que ocasionan algunas instalaciones ganaderas que han quedado colindando con zonas de uso residencial.

En este sentido, resulta evidente que si se sitúan viviendas próximas a industrias de este tipo, las personas que residan en las mismas van a padecer, con gran probabilidad, molestias provocadas por tales actividades, como malos olores, la presencia de insectos o el ir y venir de vehículos de gran tonelaje.

Esta Institución no puede más que comprender y defender los derechos de los vecinos y vecinas afectados por problemas de esta índole, si bien hay que tener en cuenta que la situación que padecen no es, en la mayoría de los casos, fruto de una mala gestión de la industria en cuestión sino de un desarrollo urbanístico realizado sin la más mínima previsión.

Es el caso analizado en la **queja 10/4329**, promovida por los vecinos de una urbanización del municipio de Jerez de la Frontera que sufrían molestias por los malos olores y por los insectos procedentes de una granja avícola gestionada por una asociación de ayuda a personas minusválidas, que se localizaba a escasa distancia de las viviendas.

En tal ocasión, se comprobó que la granja avícola en cuestión cumplía con todos los requisitos impuestos por la normativa ambiental y que, por lo tanto, la asociación que la gestionaba no era responsable de la situación descrita por las personas afectadas.

De este modo, se señaló que el origen del problema se encontraba en la falta de asunción, por parte del Ayuntamiento de Jerez de la Frontera, de la incompatibilidad de determinados usos del suelo, lo que se traducía en la imposibilidad de llevar a cabo desarrollos urbanísticos ilimitados o, cuanto menos, que no previesen soluciones para terceros que pudieran verse afectados por los mismos, como era el caso de la asociación de ayuda a personas minusválidas.

Por ello, se le recomendó que localizara soluciones para favorecer la reubicación de la granja y que sucesivas modificaciones del planeamiento urbanístico fueran realizadas de forma más ordenada, evitando situaciones como la descrita.

2.1.5.3. Problemas derivados de la inadecuada gestión de residuos.

Por lo que afecta a la gestión de residuos, entendemos que gozan de especial relevancia las actuaciones seguidas por esta Defensoría del Pueblo Andaluz en relación con la gestión que se está llevando a cabo de un vertedero localizado en el municipio onubense de Nerva.

A este respecto, han sido diversas las quejas promovidas de oficio y por distintas asociaciones ecologistas cuyo objeto era la existencia de irregularidades de diversa índole en la gestión de tal instalación, tales como incendios habidos en la misma, depósito de residuos en lugares no adecuados, inundaciones en los vasos de depósito con riesgo de vertidos o asunción de residuos no autorizados por la Administración. Así, la **queja 11/2102**, de la **queja 11/2104** y la **queja 11/2105**.

Pues bien, el análisis conjunto que esta Institución ha realizado de las diversas cuestiones planteadas ha permitido concluir la existencia de poderosos indicios de irregularidad en la gestión del vertedero y, derivado de ello, la generación de un riesgo potencial grave para el medio ambiente de la zona.

En este sentido, ha sido verificada la incoación, por parte de la Administración autonómica, de 6 expedientes administrativos sancionadores y de 4 expedientes informativos por los hechos relatados por las asociaciones ecologistas.

Asimismo, se ha constatado que la Delegación provincial en Huelva de la Consejería de Medio Ambiente ha tenido que ordenar, de forma cautelar, la clausura del vertedero como medida de seguridad y control estrictamente necesaria para la protección de las personas y del medio ambiente.

Todo ello evidenciaba una situación de, cuanto menos, falta de diligencia por parte de la mercantil responsable de la actividad, en el control efectivo de esta y en el

cumplimiento de todas y cada una de las condiciones impuestas por el ordenamiento jurídico y por la propia Autorización Ambiental Integrada.

Y las consecuencias que de esta situación se podían derivar para el medio ambiente de nuestra Comunidad resultaban especialmente graves habida cuenta el gran valor ambiental que ostentan enclaves muy próximos al lugar en el que se ubica el vertedero. Ello, sin olvidar las incidencias negativas que podrían producirse sobre la población en general, y especialmente la residente en el cercano municipio onubense de Nerva.

De este modo, esta Institución dirigió Resolución a la mencionada Delegación provincial a través de la cual se le formularon las siguientes Recomendaciones:

“Recomendación 1: *Consistente en la intensificación de las labores de vigilancia, inspección y control del vertedero de residuos sólidos objeto de la presente queja, requiriéndole a la responsable del mismo la más absoluta diligencia en su gestión.*

Recomendación 2: *En su caso, ordenar la implementación de cuantas medidas correctoras resulten precisas para garantizar la inexistencia de afecciones negativas al medio ambiente ni a la población.*

Recomendación 3: *De constatarse la existencia de incumplimientos de la normativa ambiental, imponer a los responsables de ello cuantas sanciones resulten precisas, tanto económicas como accesorias, y ordenarles la reparación del daño causado y la indemnización de los daños y perjuicios derivados del mismo”.*

2.2.1. Agricultura

2.2.1.2. Perjuicios causados a los productos hortofrutícolas andaluces por la crisis sanitaria en Alemania.

En otro orden de cosas, como punto final de este apartado destinado a informar de las actuaciones desarrolladas en materia de agricultura nos parece oportuno destacar en epígrafe aparte la actuación desarrollada con ocasión de la alerta sanitaria europea de la que resultaron perjudicados los productos hortofrutícolas de origen andaluz.

Como es conocido, a finales de Mayo de 2011 se produjo en Europa una alerta sanitaria como consecuencia de la aparición de un brote infeccioso de una variedad especialmente agresiva de la bacteria *E.coli* que afectó a miles de personas, incluso con resultado de muerte.

Además de la gravedad de las consecuencia en la salud humana, se produjeron otros efectos igualmente gravosos al atribuirse, en base a informaciones no contrastadas, el origen del brote infeccioso a productos hortofrutícolas originarios de Andalucía. Las consecuencias económicas de estas infundadas afirmaciones resultaron ser muy graves.

En efecto, entre Mayo y Junio de 2011 un gran brote de *E.coli* productora de la toxina Shiga (ECTS) serotipo O104:H4 afectó a Alemania y otros Estados miembros de la

Unión Europea. El 26 de Mayo las autoridades alemanas anunciaron que unos pepinos españoles eran el vehículo potencial del brote, retirando dicho anuncio el 31 de Mayo debido a los resultados negativos del laboratorio. El 5 de Julio, la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) llegó a la conclusión de que el vehículo de infección más probable habían sido semillas germinadas.

A juicio de esta Institución, el desarrollo de estos acontecimientos puso claramente de manifiesto la imperiosa necesidad de implementar unos protocolos de actuación que permitiesen dar una respuesta rápida, coordinada y eficaz a nivel europeo en situaciones de crisis sanitarias relacionadas con el mercado alimentario. Dichos protocolos deberían posibilitar la adopción de las necesarias medidas de prevención y cautela en materia de salud pública, evitando que por parte de los estados miembros se adoptasen medidas unilaterales que pudieran conllevar una restricción indebida e injustificada del derecho de libre circulación de bienes y mercancías.

Dadas nuestras limitaciones competenciales, esta Institución consideró necesario acometer, por propia iniciativa, una actuación ante el Defensor del Pueblo Europeo para conocer las intervenciones de las autoridades de la Unión Europea, tramitándose a tal efecto la **queja 11/2816**.

La petición cursada a dicha Institución rogaba su actuación supervisora a fin de conocer y valorar las posibles deficiencias habidas en el funcionamiento de los organismos de la Unión en el presente asunto y la posibilidad de trasladarles nuestras propuestas. Asimismo, reclamaba la posibilidad de adoptar medidas urgentes de ayuda para el sector agrícola andaluz afectado por la situación creada en el mercado hortofrutícola, incluyendo una adecuada compensación por los perjuicios sufridos y la realización de campañas promocionales que paliasen en alguna medida los daños causados a la imagen de los productos hortofrutícolas andaluces entre los consumidores europeos.

Con fecha 19 de Julio de 2011 se recibía una comunicación del Defensor del Pueblo Europeo informando de las actuaciones realizadas ante la Comisión Europea. En su escrito nos indicaba que había requerido información acerca de las acciones tomadas por la Comisión en el contexto de la alerta sanitaria relacionada con la bacteria E.coli; el marco legislativo existente que fue aplicable en este caso, y si, en opinión de la Comisión, tal marco legislativo resultaba adecuado; y si se habían adoptado o se había previsto adoptar medidas compensatorias adecuadas en relación con los productores agrarios que pudieran haber sufrido daños en el curso de la alerta sanitaria relacionada con la bacteria E.coli.

Finalmente, con fecha 12 de Diciembre de 2011 se recibía nueva comunicación del Defensor del Pueblo Europeo trasladando la respuesta de la Comisión Europea a la queja instada desde nuestra Institución. Dicha respuesta ha sido valorada como satisfactoria a los efectos informativos pretendidos con la queja tramitada. Desglosamos de modo extractado su contenido, siguiendo el orden de los aspectos concretos que se elevaron en su día a la Comisión:

a) Acciones adoptadas por la Comisión en el contexto de la alerta sanitaria relativa a la bacteria E.coli.

Tras haber sido informada del brote de E.coli productora de la toxina Shiga (ECTS) en Alemania por las autoridades alemanas, la Comisión activó inmediatamente todas sus redes de gestión de crisis: el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta para la

Vigilancia y Control de las enfermedades Transmisibles (SAPR) y el Sistema de Alerta Rápida para los Productos Alimenticios y los Alimentos para Animales (RASFF). Además, la Comisión habría implicado plenamente a todos los organismos pertinentes de la UE, que han ofrecido su colaboración y su apoyo.

Para mantener informadas a todas las partes y debatir la evolución del caso, la Comisión organizó casi a diario audioconferencias con el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los puntos de contacto pertinentes de los Estados miembros.

A petición de la Comisión, el 1 de Junio la EFSA hizo una serie de recomendaciones de urgencia sobre varias cuestiones, entre las que cabe citar el papel de la contaminación interna y externa de las hortalizas frescas, las posibles medidas de reducción del riesgo y la importancia y el riesgo relativo de las distintas fases de manipulación rutinaria de estos alimentos.

Además, se pidió al ECDC que llevara a cabo una evaluación del riesgo.

Estas actuaciones habrían ayudado a que los Estados miembros tuvieran un planteamiento común a la hora de investigar los brotes. Las investigaciones sobre los brotes apuntaron a todas las fuentes posibles de infección para intentar evitar la propagación de la enfermedad.

Se puso en marcha un proceso de trazabilidad general para investigar la fuente de los brotes detectados a fin de determinar cuál había sido su origen. El 6 de Julio de 2011 la Comisión adoptó la decisión de prohibir las importaciones de semillas y habas utilizadas habitualmente para la germinación originarias de Egipto, ya que se había determinado que la fuente más probable de contaminación eran las semillas de alholva egipcias.

El ECDC desarrolló, junto con la EFSA, una serie de recomendaciones sobre medidas preventivas dirigidas al público en general.

En lo tocante a la prohibición que estableció Rusia de importar determinados productos de la Unión, los servicios de la Comisión invirtieron considerables esfuerzos en la aplicación del acuerdo político que se alcanzó el 10 de Junio en la Cumbre UE-Rusia de Nizhny Novgorod, con objeto de garantizar la reanudación de las exportaciones de hortalizas frescas a Rusia, como primer paso, y la supresión de la prohibición como objetivo posterior, lo que se hizo el 8 de Agosto de 2011.

El 19 de Julio de 2011, la Comisión puso en marcha una campaña en los medios de comunicación de todos los Estados miembros para recuperar la confianza de los consumidores en las frutas y hortalizas. La campaña consiste en publlirreportajes en los medios impresos y en reportajes audiovisuales que se reparten gratuitamente entre las cadenas de televisión de toda la UE y de los países vecinos.

b) Marco regulador vigente aplicable en el presente asunto e idoneidad o no, en opinión de la Comisión, de dicho marco.

Existen disposiciones claras sobre los requisitos higiénicos para todos los establecimientos que producen alimentos en todos los Estados miembros de la Unión

Europea. En lo que se refiere a las normas de higiene aplicables al procesado de hortaliza y al de semillas y semillas germinadas en la UE, se aplica el Reglamento 8 (CE) nº 852/2004 relativo a la higiene de los productos alimenticios. Este Reglamento establece los requisitos generales de higiene que deben cumplir las empresas alimentarias en todas las fases de la cadena alimentaria. Se incluyen requisitos específicos para las personas que trabajan en el ámbito de la manipulación de productos alimenticios.

Para comprender plenamente los diferentes aspectos del Reglamento (CE) nº 852/2004 es esencial tener en cuenta otras partes de la legislación de la Unión y, en particular, los principios y las definiciones de:

- Reglamento (CE) nº 178/2002 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 28 de Enero de 2002, por el que se establecen los principios y los requisitos generales de la legislación alimentaria, se crea la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y se fijan procedimientos relativos a la seguridad alimentaria (también conocido como Reglamento sobre la legislación alimentaria general);

- Reglamento (CE) nº 882/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de Abril de 2004, sobre los controles oficiales efectuados para garantizar la verificación del cumplimiento de la legislación en materia de piensos y alimentos y la normativa sobre salud animal y bienestar de los animales;

- Reglamento (CE) nº 2073/2005 de la Comisión, de 15 de Noviembre de 2005, relativo a los criterios microbiológicos aplicables a los productos alimenticios.

La Comisión redactará unas conclusiones sobre todos los aspectos de la gestión de esta crisis, incluida la aplicación de las actuales disposiciones sobre seguridad alimentaria y salud pública, coordinación y líneas claras de información y comunicación tras producirse el brote. Además, la Comisión, junto con los Estados miembros, extraerá enseñanzas para seguir mejorando el uso de nuestros sistemas de alerta y respuesta.

c) Medidas compensatorias

A raíz del brote de E.coli, la Comisión adoptó el 17 de Junio el Reglamento de Ejecución (UE) nº 585/2011 de la Comisión, que establece medidas excepcionales de apoyo al sector de las frutas y hortalizas a fin de ayudar a los productores afectados.

Las medidas excepcionales en el mercado se referían a los productos más afectados por la crisis, a saber, pepinos, tomates, lechugas y determinadas escarolas, calabacines y pimientos para el mercado de productos frescos.

Estas medidas se aplicaron a partir del 26 de Mayo, fecha en que aparecieron en la prensa acusaciones de que los pepinos de determinados orígenes eran la causa del brote de E.coli, hasta el 30 de Junio.

El conjunto completo de medidas excepcionales consistió en un nuevo pago subvencionado al 100% por la UE a todos los productores, independientemente de que fueran miembros o no de una organización de productores, y, únicamente para las organizaciones de productores, en más flexibilidad a la hora de aplicar las normas vigentes en el marco de la OCM única.

Las medidas excepcionales se centraron en la intervención en el mercado y, en especial, en las operaciones de retirada y cosecha en verde o renuncia a efectuar la cosecha, al efecto de disminuir la presión en el mercado, de forma que los precios de producción volverán a sus niveles normales.

El presupuesto de la UE asignado a esta medida de mercado ascendió a 227 millones de euros.

d) Promoción.

Además de la campaña en los medios de comunicación mencionada, se han realizado acciones extraordinarias en el campo de la promoción con el fin de contribuir a una recuperación firme de la confianza de los consumidores. La Comisión ofreció a las organizaciones profesionales e interprofesionales del sector de las frutas y hortalizas frescas la oportunidad de beneficiarse de una fecha de entrega adicional, con arreglo al Reglamento (CE) nº 501/2008, para proponer programas informativos y promocionales a lo largo de 2011. Al final los Estados miembros presentaron un total de 21 programas, de los que se seleccionaron 17 para ser cofinanciados por la UE.

El presupuesto total de los programas seleccionados asciende a 34 millones de euros, la UE cofinanciará el 50% de dicho importe (es decir, 17 millones de euros).

VI.- JUSTICIA Y PRISIONES

2.4.2. [Informe Especial](#) sobre “La Intervención de la Junta de Andalucía en el Sistema Penitenciario: colaboraciones más destacadas”

Con el título indicado se presentó, en el Parlamento de Andalucía, el día 30 de Noviembre de 2011, un Informe Especial que persigue un doble objetivo. De un lado analiza el sistema penitenciario tal y como se presenta en Andalucía, a través de sus establecimientos penitenciarios y de la población que en ellos se encuentra internada. Los primeros capítulos se dedican a ello, así como al marco regulador de las actividades de colaboración que llevan a cabo las Comunidades Autónomas, en nuestro caso concreto a partir del Convenio de Colaboración de 1992, de carácter general en cuanto reúne acuerdos relativos a las siete grandes áreas en que se desarrolla dicha colaboración y a los subsiguientes Convenios Sectoriales.

Por otro lado el Informe persigue un segundo objetivo que no es otro que el análisis de las principales colaboraciones que lleva a cabo la administración autonómica andaluza en este campo. De un modo especial se centra el estudio monográfico en cuatro de ellas, a dos de las cuales ya nos hemos referido antes. De un modo extenso, en la Sección Primera de este Informe Anual, nos hemos referido al derecho a la Educación en el ámbito penitenciario, cuestión que abordamos en profundidad por primera vez en nuestros Informes Anuales. Asimismo, al comentar el cuadro de materias del año, nos hemos referido ya a los expedientes seguidos sobre el programa de animación deportiva en los centros penitenciarios, que con tantas dificultades se ha seguido desarrollando en el año 2011 y al que también se refiere ampliamente este Informe Especial.

Por lo tanto, en este epígrafe sólo vamos a exponer, de un modo resumido, algunas cuestiones metodológicas en cuanto al trabajo de campo desarrollado y a las fuentes de información utilizadas para referirnos luego a las colaboraciones en materia sanitaria y a las relativas al programa de intervención con personas que padecen adicciones.

Cerraremos este resumen del Informe Especial con la obligada inserción íntegra de las Recomendaciones formuladas.

2.4.2.3. Colaboraciones en materia sanitaria.

Se recogen y analizan en el último capítulo del Informe, un capítulo extenso dado que aborda, al principio, toda la problemática existente en torno al lentísimo proceso de transferencia de la sanidad penitenciaria para ser integrada en las respectivas estructuras sanitarias autonómicas, para seguir luego con el examen de los diferentes ámbitos de la atención sanitaria, desde los niveles primarios, en el interior de las prisiones, que corresponden a los servicios sanitarios todavía gestionados por la Administración Penitenciaria, hasta la atención especializada que se presta por la Junta de Andalucía en sus distintos niveles.

Así el indicado capítulo contiene apartados dedicados tanto a la atención primaria como a la atención especializada, ya se refiera esta última a las consultas de especialidades, en los hospitales y también en las enfermerías de las cárceles, o a los ingresos hospitalarios en las unidades de acceso restringido, a las que, como se explica en sus páginas, tenemos la intención de dedicar en un futuro no muy lejano un estudio monográfico, dada la importancia que revisten en la atención hospitalaria que presta el Servicio Andaluz de Salud.

Este amplio capítulo se cierra con un apartado dedicado a la delicada situación de la atención especializada en salud mental, a la que también se dedican numerosas páginas.

El lector interesado encontrará en sus páginas varios cuadros ilustrativos referidos tanto al personal sanitario existente en los centros penitenciarios ordinarios como al existente en los Centros de Inserción Social, a los que también dedicamos algunos comentarios en esta materia. También puede consultarse un cuadro alusivo a las pérdidas de citas hospitalarias por falta de fuerza conductora, un asunto grave que no termina de resolverse.

De entre las conclusiones que ofrecemos en materia sanitaria, destacaríamos aquí algunas que nos parecen de especial relieve y así se destaca la lentitud exasperante con que se desarrolla la integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud, tal y como viene dispuesto en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad de dicho sistema. La integración debería haberse culminado a finales de 2004, pero siete años después bien poco se ha avanzado aunque en diferentes Comunidades Autónomas, también en Andalucía, vienen funcionando unas “Mesas de Trabajo de Armonización Asistencial” que, al parecer, están obteniendo buenos resultados, aunque hasta ahora tan solo se ha avanzado de un modo claro respecto del País Vasco, donde ya se ha producido la integración a mediados de 2011, con efectos de 1 de Julio.

Como decimos en el Informe *“cabe suponer que este primer paso dado en la ejecución de las previsiones de la Ley ... sirva de impulso y modelo para otras Comunidades”*. Sin embargo, durante el reciente VII Encuentro con Directores, del que luego hablaremos, no recibimos información muy clarificadora sobre la situación actual del proceso de integración, lo que augura todavía nuevos retrasos en un asunto que, sin que debamos considerarlo como la panacea para todas las dificultades de la asistencia sanitaria que se presta a las personas encarceladas, si al menos, sentará las bases, de producirse la integración, para una prestación sanitaria en condiciones de igualdad a la que reciben los demás ciudadanos.

Nosotros pensamos que, a pesar de los esfuerzos y avances producidos en estos años, se continúa apreciando una evidente inequidad, una desigualdad en los derechos sanitarios de la población penitenciaria, entre otras causas, porque todavía no se han dado pasos significativos hacia la integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud, lo que produce, entre otras consecuencias, una ruptura de la continuidad asistencial entre la atención primaria y la especializada.

La atención primaria, actualmente competencia de la Administración Penitenciaria, aunque con la colaboración también de la autonómica, se beneficia de una mejora general de infraestructuras y equipamientos en prácticamente todos los establecimientos penitenciarios andaluces, como se explica en el capítulo correspondiente.

Especialmente los Módulos Sanitarios de los seis centros-tipo ofrecen muchas posibilidades para una mejora real en la atención primaria.

Los espacios sanitarios de los demás centros, aunque ya no son tan amplios, cuentan con equipamientos parecidos a tenor de los informes que hemos recibido. En los últimos años se han producido reformas importantes en algunas enfermerías que habían sido objeto de nuestra atención y de nuestras críticas, como las de Jaén y Málaga.

El Servicio Andaluz de Salud proporciona la atención especializada tanto a través de las consultas de especialidades médicas como de la asistencia hospitalaria en cualquiera de sus modalidades. En el Informe se destaca la existencia de algunos problemas que persisten y también de mejoras en los últimos años y, entre éstas, destacamos la construcción, equipamiento y puesta en funcionamiento de varias Unidades de Hospitalización de Acceso Restringido a las que, como ya hemos dicho, dedicaremos un informe especial, en cuanto las circunstancias lo permitan.

Pero también apuntábamos que la asistencia especializada presenta algunos problemas que se mantienen en el tiempo y sobre los que hace tiempo nos ocupamos, con dispar resultado. En primer lugar hablamos de los desplazamientos de especialistas del SAS a los propios centros penitenciarios para pasar consulta en ellos.

Como se dijo, tanto el Convenio-Marco de 1992 como el Sectorial de 1995 prevén los desplazamientos de especialistas a las prisiones, si bien este último convenio matiza que se llevarán a cabo de acuerdo a las posibilidades que existan y bajo el principio de voluntariedad de los facultativos.

Por nuestra parte hemos impulsado y promovido la constitución de una Comisión de Coordinación, integrada por Instituciones Penitenciarias y el Sistema Sanitario Público Andaluz, para abordar las principales carencias en materia sanitaria, en relación con la población reclusa. Hemos asistido a sus primeras sesiones y nos consta que han seguido trabajando con resultados positivos, no sólo en cuanto al desplazamiento de más especialistas a las prisiones –sobre todo desde los hospitales de referencia de Huelva, Puerto Real y Córdoba- sino también en una línea de mejora en la atención primaria tendente a considerar las enfermerías y módulos sanitarios como centros de atención primaria.

El otro problema al que aludíamos como persistente en el tiempo, referido a las consultas hospitalarias, es el del elevado volumen de citas programadas que pierden los internos porque el día y la hora señalados no se presenta la fuerza pública que ha de conducirles y custodiarles en los hospitales. Cada cita que se pierde es vuelta a empezar: nueva petición, lista de espera, en muchos casos, nuevo señalamiento y puede que nueva pérdida de cita por el mismo motivo.

El asunto llegó a adquirir dimensiones muy graves en las provincias de Sevilla y Jaén. Hemos dedicado mucho tiempo e intervenido en muchos expedientes sobre este asunto en los últimos diez años. El Informe aborda extensamente este serio problema, que incluso nos llevó a plantearlo a la Fiscalía Superior de Andalucía, tratando de alumbrar caminos por la vía de posibles responsabilidades penales. A este respecto hay que decir que ni los penitenciarios ni el S.A.S son los causantes del problema, cuyo origen parece encontrarse en las insuficientes dotaciones policiales, de la Policía Nacional, y también en

algunos fallos organizativos. Por ello nos hemos dirigido asimismo al Delegado del Gobierno en Andalucía trasladándole el problema y urgiéndole la adopción de medidas para paliarlo.

La situación parece que va mejorando en la mayoría de las cárceles, si bien en algunas prisiones ha habido meses en que el asunto ha vuelto a complicarse. Pero donde no mejora es en Sevilla I y el Hospital Psiquiátrico Penitenciario, como se explica en el capítulo anterior. Las medidas adoptadas tanto por la Fiscalía Superior como por la Delegación del Gobierno parecen haber tenido un efecto positivo en los primeros meses pero luego, en el caso de la provincia de Sevilla, todo parece haber vuelto a la misma reincidencia.

Finalmente, en lo concerniente a la atención especializada en salud mental, lo primero que destaca el Informe es la extraordinaria prevalencia de esos trastornos entre la población reclusa hasta el extremo de situarse, según algunos recientes informes, en torno al 50% si se incluyen los trastornos derivados del consumo de drogas. De hecho, es por este motivo por el que nos hemos ocupado con reiteración del asunto; incluso en la exposición de motivos del acuerdo sectorial sobre personas afectadas por discapacidades intelectuales o por enfermedades mentales, de Mayo de 2006, se citan nuestras aportaciones en este campo, algunas de las cuales fueron objeto de debate en el Senado.

Evidentemente una de las primeras conclusiones, ya apuntadas, es la necesidad de una mayor presencia de especialistas que se desplacen a los centros para atender, no ya los casos más graves, sino a cuantos más internos mejor.

En cuanto al acuerdo sectorial de 2006, apenas se ha desarrollado en la parte que afecta a salud mental; ni tan siquiera el estudio de prevalencia que se previó realizar se ha culminado del todo, transcurridos cinco años desde la firma del Convenio. Nos consta que una gran parte está hecho, aunque no las conclusiones definitivas, si bien un adelanto de las mismas, que se nos ha enviado, confirma la elevada prevalencia detectada ya por otros recientes estudios a los que hemos aludido.

Por su parte, la Administración Penitenciaria, a raíz de un estudio realizado en 2007, ha dispuesto una estrategia precisa de atención a estos pacientes a través del denominado PAIEM (Programa de Atención Integral a personas con Enfermedades Mentales), de cursos de formación para su propio personal, y de un programa concreto de reformas en los dos Hospitales Psiquiátricos existentes en España, dependientes del Ministerio del Interior, uno de ellos el de Sevilla.

Dicha estrategia se empieza a desarrollar a lo largo de 2010 y en el presente año 2011, aunque todavía hay centros, según se deduce de los informes que hemos recibido, en que aún no está implantado con resultados tangibles. Y desde luego, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias tiene plena conciencia, al diseñar esa estrategia, de que no pueden suplir la falta de recursos y alternativas en la Comunidad para hacer frente, por sí solos, al tratamiento adecuado de estos pacientes. En este sentido el Informe recoge algunas de las conclusiones del documento de reforma de los dos psiquiátricos penitenciarios, en las que se demanda la plena implicación de las Comunidades Autónomas en esta tarea.

Y, desde luego, parece fuera de toda duda que la abundantísima prevalencia de trastornos mentales, muchos de ellos verdaderas patologías psiquiátricas graves, pone de manifiesto fallos en los dispositivos comunitarios de Salud Mental, que atienden a la

población en general, apreciándose una evidente carencia de recursos de mediana y larga estancia para estos pacientes, a muchos de los cuales, como se analiza en el Informe, se les impone como única vía de control y custodia, su ingreso en prisión, precisamente el sitio menos indicado para el tratamiento de sus enfermedades.

2.4.2.4. Recomendaciones.

A la vista del contenido del Informe y de las conclusiones obtenidas del mismo, se formulan algunas Recomendaciones a tenor de las atribuciones que corresponden al Defensor del Pueblo Andaluz, según su Ley reguladora.

Precediéndolas, el siguiente párrafo muestra preocupación por el actual momento de restricciones presupuestarias: *“Somos plenamente conscientes del momento difícil en que nos encontramos y las limitaciones presupuestarias que todas las Administraciones padecen, y, en consecuencia, la dificultad que encontrarán algunas de nuestras recomendaciones para una inmediata aplicación, cuando impliquen un aumento del gasto. Pero no podemos dejar de hacerlas si queremos ser consecuentes con nuestros objetivos garantizadores de derechos fundamentales para todas las personas, incluidas las privadas de libertad que, recordemos, siguen manteniéndolos sin más limitaciones que las que les impongan los fallos condenatorios”*.

Y en cuanto a las **Recomendaciones** son las siguientes:

“PRIMERA.- Recomendamos a la Consejería de Gobernación y Justicia que promueva, ante las instancias oportunas, la revisión completa del Convenio-Marco de 1992, dado que, transcurridos casi veinte años desde su firma, la mayoría de sus contenidos han quedado superados o se desarrollan, actualmente, en un contexto muy distinto.

Uno de los aspectos que debe recogerse en el nuevo Convenio es el de la coordinación, que por parte autonómica debe atribuirse a la Consejería de Gobernación y Justicia, que debería establecer unas sencillas reglas de seguimiento anual, de modo que, en todo momento, se conozca lo que cada Consejería desarrolla en cada centro penitenciario o tenga en proyecto realizar.

SEGUNDA.- Recomendamos a la Consejería de Turismo, Comercio y Deporte que restablezca el Programa de Animación Deportiva que patrocina en los centros penitenciarios, procurando que llegue a todos ellos con similares contenidos a los que venía desarrollando hasta el año 2010.

TERCERA.- Recomendamos a la Consejería de Educación que aumente el número de maestros de los Centros de Educación Permanente (C.E.P.E.R.) que funcionan en los establecimientos penitenciarios, para adecuarlo a la población penitenciaria que acogen y a las especiales dificultades de su trabajo en este medio.

A corto plazo debe contemplarse dicho aumento en las prisiones de Algeciras, Puerto III, Córdoba, Granada y en el Hospital Psiquiátrico de Sevilla.

A medio plazo, conforme las posibilidades presupuestarias lo vayan permitiendo, deberían revisarse al alza todas las plantillas y contemplar la

posibilidad de crear secciones en los nuevos Centros de Inserción Social o desplazar a ellos un maestro de los C.E.P.E.R., como ya ocurre en algunos, siempre y cuando dicho desplazamiento se tenga en cuenta para dimensionar correctamente la plantilla.

CUARTA.- Teniendo en cuenta que los informes recibidos de todos los claustros ponen el acento en las especiales características diferenciadoras de un C.E.P.E.R. que funciona en una prisión, con cualquiera de los que existen en un entorno ordinario, característica diferenciadora que hace de especial dificultad, o de difícil desempeño, el trabajo de los maestros en prisión, Recomendamos a la Consejería de Educación que se recojan en la normativa andaluza reguladora de la Educación Permanente todas las peculiaridades y dificultades de estos centros, o al menos las más singulares, de modo que dichas normas se adapten a este ámbito penitenciario y a su alumnado.

QUINTA.- Recomendamos a la Consejería de Educación que se oferten programas educativos específicos para el segmento de población que presenta serias carencias en materia de alfabetización, realidad todavía muy presente en las prisiones, que parece no estar contemplada en la normativa de educación permanente.

Asimismo le Recomendamos que regule la presencia de profesores que impartan tutorías semipresenciales para las personas que cursen estudios de secundaria y bachillerato, presencia que se reclama desde distintos ámbitos, como se explica en las precedentes conclusiones.

SEXTA.- En cuanto a las intervenciones de la Junta de Andalucía para el tratamiento de personas que sufren adicciones, Recomendamos a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social que incremente los medios personales con que cuentan actualmente los equipos de Apoyo a Instituciones Penitenciarias, de manera que se tienda a formar equipos de composición similar a los que funcionan en las prisiones de Algeciras y Puerto II, compuesto de cuatro personas, y tal y como se explica en estas conclusiones. Especialmente debe mejorarse la situación en los seis centros penitenciarios peor atendidos, de entre los cuales es urgente la dotación de un equipo que empiece a trabajar cuanto antes en Puerto III.

SÉPTIMA.- Recomendamos a la Consejería de Salud y al Servicio Andaluz de Salud que desarrollen iniciativas tendentes a mejorar la atención sanitaria en tres aspectos concretos.

A) Deben impulsar y contribuir a agilizar, junto con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, el proceso de integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Andaluz de Salud de modo que, a medio plazo, la población penitenciaria reciba la atención sanitaria en las mismas condiciones que las de cualquier ciudadano residente en Andalucía.

B) En materia de Atención Especializada deben potenciarse las consultas de especialistas que se desplacen a los centros penitenciarios, incentivándolos

para ello, sobre todo en las especialidades más demandadas. Asimismo deben implantarse en todas las prisiones los procedimientos de telemedicina.

C) Sobre la atención especializada en Salud Mental debe procurarse una mayor presencia en los centros penitenciarios de psiquiatras consultores, de modo que se pueda atender a un mayor número de personas afectadas y con una periodicidad más frecuente.

Asimismo debe elaborarse una estrategia global de atención en salud mental en coordinación con los programas que actualmente desarrolla la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, tanto en las prisiones ordinarias como en el Hospital Psiquiátrico.

Finalmente, y fuera ya del ámbito de la Administración Autonómica, en cuanto al problema de las pérdidas de citas con especialistas hospitalarios, por la incomparecencia de fuerza pública conductora, y de custodia, se propone a la Delegación del Gobierno en Andalucía y a la Subdelegación del Gobierno en Sevilla la adopción urgente de medidas que contribuyan a evitar que se siga produciendo tan elevadísima cifra de pérdidas en algunos centros penitenciarios de Sevilla por dicho motivo.

Asimismo se propone a la citada Delegación que efectúe un seguimiento del asunto en relación con todas las prisiones andaluzas, en la mayoría de las cuales, con mayor o menor intensidad, se producen estas anomalías”.

XIII. POLÍTICAS DE IGUALDAD DE GÉNERO

2.5. Salud.

Comenzamos esta breve referencia que trata de incorporar la perspectiva de género al ámbito de la salud, dando cuenta del resultado de las actuaciones subsiguientes a las relatadas en relación con la **queja 10/1432**, que traíamos a colación en este mismo apartado del Informe del año pasado.

La misma fue promovida por una ciudadana que había estado afectada por cáncer de mama, y su intención no era otra sino conseguir para las pacientes que sufren la pérdida del cabello como consecuencia de tratamientos de quimioterapia, puedan acceder a una prótesis capilar con cargo al Sistema Sanitario Público. Manifestaba entonces que en muchos casos el elevado coste de aquellas y la falta de recursos de las afectadas, les impedía su adquisición, y les llevaba a utilizar un pañuelo en la cabeza, considerando por su parte que esta medida debería ser una opción y no una imposición derivada de la carencia de medios económicos.

Tras revisar las iniciativas que se habían planteado sobre este particular en el ámbito autonómico y europeo, reflexionamos sobre el contenido de la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público, y la falta de ayudas económicas en el ámbito de los Servicios Sociales, ahondando igualmente en las repercusiones psicológicas de esta situación sobre el tratamiento y evolución de la enfermedad, para terminar emitiendo una Sugerencia para que se elevara ante la comisión correspondiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la propuesta de incorporación a la cartera de servicios comunes del mismo, las prótesis capilares para pacientes oncológicos afectados de alopecia secundaria al tratamiento de quimioterapia.

Pues bien por su parte la Consejería de Salud rechazó aceptar el planteamiento realizado en nuestra Sugerencia alegando imposibilidad económica para asumirla en tanto “el sistema cuente con garantías financieras para llevarla a cabo con solvencia, que será el tiempo que el resto de las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad puedan acoger la medida con el mismo convencimiento de poder implementarla”.

Teniendo en cuenta lo expuesto, y considerando que la Administración Sanitaria Autonómica de esta manera rechazaba el planteamiento de esta Institución, considerando que nuestra intención era que el asunto se conociera y debatiera en el seno del Consejo Interterritorial como paso previo para la articulación de esta medida, decidimos elevar el mismo al Defensor del Pueblo del Estado por si consideraba oportuno llevar a cabo alguna intervención ante el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Lamentablemente la actuación practicada por el Comisionado de las Cortes Generales ante dicho Ministerio, tampoco ha obtenido un resultado satisfactorio. Así aunque aquel le solicitó un informe sobre la viabilidad de que en el Consejo Interterritorial se iniciara un debate razonado sobre este asunto, en orden a la tramitación de una propuesta que permitiera la actualización de la cartera de servicios en el sentido deseado; el Comité Asesor de la prestación ortoprotésica le trasladó el parecer de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, en el sentido de considerar que las prótesis capilares no responden a una finalidad médica, ni desempeñan funciones previstas en la definición de los productos sanitarios, circunstancia que les impide ser consideradas como tales, por lo que concluyen que las referidas prótesis no cumplen los requisitos para ser incluidas en la prestación

ortoprotésica, y por lo tanto no tienen cabida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Con independencia de que podamos estar o no conformes con esta interpretación, pues hay casos de Comunidades Autónomas que las han considerado como prótesis, mientras que en otros supuestos su adquisición ha sido objeto de ayudas económicas en el marco de los Servicios Sociales, lo cierto es que desde nuestro punto de vista resulta irrelevante la fórmula con que se articule y la titularidad de la Administración u Organismo bajo cuya responsabilidad quede el impulso de esta medida, pues estamos convencidos de su necesidad, así como de que la inviabilidad de la misma obedece a criterios estrictamente económicos que nos resultan del todo comprensibles en los momentos actuales de crisis económica que estamos viviendo, pero que no nos impedirán reincidir sobre este asunto desde la óptica que se haga precisa, en cuanto las circunstancias cambien.

En otro orden de cosas esta Institución también ha permanecido atenta en su labor ordinaria, y en tanto que actividad asistencial exclusivamente dispensada a las mujeres, a la que necesariamente conlleva el proceso de embarazo, así como el parto y puerperio. La mayoría de las quejas promovidas en este ámbito se refieren a la falta de acomodo de las prácticas asistenciales correspondientes, a las prescripciones establecidas en el Proceso Asistencial diseñado para proporcionar la atención sanitaria ajustada a la mejor evidencia científica en estos casos.

En concreto se alude al incumplimiento de los plazos para las citas previstas en atención primaria y especializada, la imposibilidad de realización de las pruebas de diagnóstico prenatal en el momento temporal previsto para ello, e incluso la falta de oferta de estas últimas en embarazos de riesgo en función del centro, evidenciando un importante grado de variabilidad en el desarrollo cotidiano de una práctica asistencial que por encontrarse protocolizada, debería ser absolutamente normalizada.

En este ámbito, aunque presentada a finales del 2010, se tramitó íntegramente en el ejercicio pasado la **queja 10/6611**, la cual presenta la particularidad de que se formula por una profesional (matrona) integrada en el circuito que dispensa la atención sanitaria a las embarazadas, y venía a mostrar su preocupación por el control del embarazo de las gestantes incluidas en la zona de atención de un centro hospitalario determinado, relatando numerosas deficiencias apreciadas en la atención que se viene proporcionando a aquéllas, en comparación con los parámetros establecidos en el Proceso asistencial de Embarazo, Parto y Puerperio.

Así, menciona entre otras cosas que la primera ecografía, que se recomienda realizar entre las 11-13 semanas de gestación, se demora con demasiada frecuencia, siendo habitual que se realice a las 15- 16 semanas; que las gestantes que se realizan la misma en el Hospital, ya sea debido a que son derivadas a la consulta de Alto Riesgo Obstétrico, o bien, a que no pueden realizársela en su Centro de Salud, tienen opción al triple screening, mientras el resto de las gestantes solo lo tiene al cribado del segundo trimestre, y en ocasiones cuando la primera ecografía se demora, ni siquiera a éste; que el especialista no acude al centro de salud con la periodicidad establecida (una vez a la semana), y que en los meses de verano no hay consulta, por lo que se produce un caos en la organización y planificación de las visitas; que las gestantes se ven obligadas a acudir al Centro de Salud, y en algunas ocasiones a desplazarse hasta el Hospital para reclamar personalmente las citas con el especialista; que se demora la cita para el registro cardiotocográfico con relación a la fecha fijada como probable para el parto; que los

resultados del triple screening y doble screening (informe final), con demasiada frecuencia, no llegan al Centro de Salud, ni aparecen en el sistema informático, retrasando la amniocentesis en el caso que apareciera indicado; que algunas gestantes no reciben cita para la “información sobre epidural”; que la ecografía de la semana 32 se demora en demasiadas ocasiones pasada la semana 34-35 y no existe consenso en su petición; que la consulta de Alto Riesgo Obstétrico presenta demora en sus citas, tanto en la primera visita como en las sucesivas, viéndose obligada la gestante a acudir en numerosas ocasiones a Urgencias; que no existe consenso en los tocólogos para citar la consulta final del embarazo.

En la tramitación de este expediente, el informe recibido del hospital afectado, sin llegar a pronunciarse respecto de las deficiencias señaladas por esta trabajadora, vino a poner de manifiesto las actuaciones realizadas por la Dirección Médica, en coordinación con la unidad de gestión clínica de ginecología y obstetricia, encaminadas a mejorar la atención de la población fértil del área hospitalaria en su proceso de embarazo, parto y puerperio, intentando ofrecerles mayor calidad, seguridad y confianza a las mismas.

A este respecto adjuntaba al informe la nueva programación de consultas, distribución, localización y frecuencia de la unidad de gestión clínica más arriba reseñada, pero desconocemos hasta qué punto esta nueva organización ha venido a remediar la problemática que se ponía de manifiesto en la queja, puesto que la interesada no cumplimentó los requerimientos de alegaciones que le hicimos en tal sentido.

De todas maneras y aunque suponemos que será preciso esperar un lapso de tiempo prudencial para comprobar su nivel de eficacia, dado el interés que esta cuestión suscita en esta Institución, nos hemos puesto a disposición de aquella para que, en caso de que las dificultades no se soslayan y sigan peligrando los derechos de las mujeres embarazadas de la zona, se ponga en contacto nuevamente con nosotros para hacérselo saber.

Por último dentro de este apartado, e intrínsecamente unido al acceso de las mujeres a la maternidad, no podemos dejar de reflejar puntualmente la reiteración que no cesa de las quejas que se suscitan ante esta Institución relacionadas con la aplicación de tratamientos de reproducción asistida.

Como la reclamación sobre esta materia es constante a lo largo de los años, solo queremos dejar constancia de que la problemática centrada fundamentalmente en la demora que preside el acceso al tratamiento no se ha solventado, y que a pesar de las medidas adoptadas, singularmente la ampliación del número de centros hospitalarios donde se dispensan tratamientos complejos, hay algún hospital en el que la espera se mantiene en torno a los tres años.

Puesto que junto a la demora coexisten otros motivos para la reivindicación, nos hemos propuesto incoar otro expediente de oficio al objeto de replantear globalmente este asunto a lo largo de este año.

SECCIÓN TERCERA: LOS DERECHOS DE LOS MENORES

10. *Menores con necesidades especiales.*

Agrupamos en este apartado las quejas que aluden a menores afectados por distintas enfermedades o aquejados de discapacidades que precisan una oferta de recursos públicos especializada, integrada e idónea a sus especiales circunstancias. Nos referimos a las previsiones establecidas en el artículo 9 de la Ley 1/1998, de los Derechos y la Atención al Menor, dirigidas a facilitar la completa realización personal e integración social y educativa de todos los menores, y en especial de aquellos que por sus especiales circunstancias físicas, psíquicas o sociales pudieran ser susceptibles de trato discriminatorio.

El presente apartado se complementa con el relato que ofrecemos en el capítulo correspondiente al Área de Educación y que también reseña distintos aspectos relativos a las políticas de integración educativa de menores discapacitados.

Dentro de este apartado destacaremos la **queja 10/4214** que incoamos a instancias de la madre de un menor respecto de la atención socio-sanitaria especializada que éste requería para tratar su trastorno de conducta de componente disocial agravado por el consumo de sustancias estupefacientes.

En su escrito de queja la madre alegaba sentirse desatendida. Se lamentaba de que tras haber acudido a diferentes instancias administrativas, llegando incluso a denunciar a su hijo en el Juzgado por amenazas, insultos y lesiones hacia ella y su familia, su hijo seguía sin tener ninguna respuesta asistencial especializada que le ayudase a paliar, contener y reconducir sus problemas conductuales.

Y dicha situación se veía agravada por la precaria situación socio-económica en que se encontraba, por su condición de viuda, en situación de desempleo y sin otros medios económicos que no fuesen los correspondientes a la pensión de viudedad y orfandad de su hijo.

Respecto de su hijo la madre indicaba que sus esfuerzos por ayudarle resultaban baldíos. En esos momentos era repetidor de curso, a lo cual contribuían sus continuas expulsiones del colegio por mala conducta y por falta de respeto al profesorado.

La Delegación de Igualdad y Bienestar Social le ofreció acudir al Servicio de Mediación Familiar intergeneracional, al cual asistió sin resultados satisfactorios (por la no colaboración voluntaria de su hijo) derivándoles los profesionales de dicho recurso a la Unidad de Salud Mental Infante Juvenil.

En Salud Mental tampoco obtuvo resultados satisfactorios. Acudió a la USMIJ varias sesiones y le realizaron un estudio que incluyó una analítica de consumo de drogas positiva a cannabis. El resultado de esta intervención lo describe la interesada del siguiente modo:

“(...) Se le reenvía a salud mental juvenil donde tras varias sesiones y un estudio prescriben una analítica sospechando que pudiera estar tomando algo.

Tras los resultados que da positivo en cannabis allí tampoco nos vuelven a atender más porque el niño tampoco colabora (...)

La madre aporta pormenores de la conducta de su hijo en el escrito de queja, efectuando el siguiente relato de la conducta del menor:

"(...) Su falta de respeto ha ido creciendo hasta límites insoportables. Ni respeta horarios, llegando a las 3, 4, ó 5 de la madrugada. Se salta los castigos, incluso en una ocasión tuve que denunciar ante la guardia civil que ante un castigo se escapó por los tejados del bloque donde vivimos.

Cuando se le regaña, su reacción son patadas, golpes, insultos, amenazas, rompiendo puertas, muebles. Cada vez sus insultos, amenazas, empujones son más frecuentes, llegando en alguna ocasión a golpearme.

La verdad es que me da pánico no saber cómo va a llegar a casa. Con sus reacciones me siento indefensa e incapaz de poder controlarlo porque él me ha perdido totalmente el respeto (...)

Además el niño empieza a robar dinero a mi y mis familiares, a vender joyas. Posteriormente es retenido por la Policía Local por absentismo escolar, por lo que ésta da cuenta a los servicios sociales y al Director del Centro Escolar.

Consume drogas, alcohol y tabaco habitualmente y cada vez más llega colocado con mayor frecuencia (...).

Servicios sociales remitió un informe a Jaén pidiendo que el niño fuera ingresado en un centro de modificación de conducta, que los servicios sociales de Jaén han denegado por considerar que los hechos no son de importancia y que ellos sólo están para los niños abandonados o maltratados por sus padres (...)"

La información acumulada a lo largo de la instrucción del expediente de queja nos permitió concluir que la situación en que se encontraba el menor lo hacía merecedor de una intervención eficiente y eficaz para garantizar su interés y bienestar, y con ello evitar perjuicios en su salud, integridad física y psíquica, además de posibilitar una correcta maduración como persona.

A dicha conclusión llegamos en congruencia con los siguiente elementos que configuraban la crítica situación a la que nos referimos:

- Se trata de una familia monoparental, en situación de riesgo social.
- El menor, en edad de escolarización obligatoria presenta una conducta de absentismo escolar intermitente, con incumplimientos disciplinarios que provocan reiteradas expulsiones del centro.
- El menor es consumidor habitual de drogas (cannabis) según analítica de fecha 27 de Mayo de 2010.

- La coordinadora del centro de salud señala en su informe, de fecha 22 de Julio de 2010, que el menor presenta conductas compatibles con trastorno disocial de la personalidad.

- El menor ha abandonado definitivamente el tratamiento propuesto en el programa de mediación familiar intergeneracional, quedando finiquitado el mismo por ausencia total de colaboración del menor.

- La madre solicitó el pasado 16 de Julio de 2010 a la Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social de Jaén que asumiera temporalmente la guarda de su hijo, a fin de atender sus problemas conductuales, los cuales superaban sus posibilidades.

- Ante las denuncias de la madre a su hijo por insultos y agresiones la Fiscalía ha dado traslado de los particulares del caso al Ente Público de Protección de Menores, al tratarse de una persona inimputable por su edad inferior a los 14 años.

En esta tesitura, a la vista de la última comunicación remitida por la Fiscalía, el Servicio de Protección de Menores inició, con fecha 23 de Septiembre de 2010, una nueva Investigación Previa a fin de determinar si existe situación de desprotección en el entorno familiar, solicitando a tales efectos la emisión de un nuevo informe por parte de los servicios sociales comunitarios.

A este respecto, en aras de la necesaria eficacia en la intervención del Ente Público de Protección, consideramos pertinente resaltar que los Servicios Sociales Comunitarios ya remitieron un extenso informe-propuesta al Servicio de Protección de Menores de Jaén, el cual fue recibido por la Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social el pasado 15 de Julio de 2010 (2 meses antes de solicitar el nuevo informe) donde se analizaba detenidamente la situación del núcleo familiar, las previsiones de su evolución futura y se proponían determinadas actuaciones que superaban las posibilidades de intervención en el propio medio familiar.

En concreto en el informe remitido por los Servicios Sociales Comunitarios se señalaba lo siguiente:

"(...) ... tiene 13 años y ya lleva al menos uno, presentando una serie de conductas que, posiblemente estén unidas al consumo de tabaco y droga. La forma tan exagerada en la que intenta imponer su voluntad, podría valorarse como una petición a gritos de que alguien lo pare, porque es muy difícil entender como siendo tan pequeño y perteneciendo a una familia con parámetros sociales dentro de la normalidad, puede haber desarrollado unas conductas de riesgo tan marcadas.

En cuanto a la madre y la hermana, se muestran incapaces de reconducir al chico ... Tras fracasar todos los intentos familiares y de aplicación de recursos para ayudar al chico, ha sido necesario trabajar con ... y su hija la aceptación de la única opción que nos queda, entendiendo por esto la derivación al Servicio de Protección. ... está dispuesta a ceder la tutela de ... a la Administración, y se muestra totalmente dispuesta a participar y cooperar con los técnicos en cuantos programas se considere necesario para conseguir la vuelta a casa lo antes posible.

Desde la última entrevista mantenida con el chico, con fecha 24 de Junio, ... tiene conocimiento de nuestras posibilidades de ayuda y de las consecuencias de sus actos. Cuando se le pregunta, dice comprender afirmando con la cabeza, pero sin decir palabra. Desde entonces ha empeorado mucho. Vuelve a casa a las 4 de la mañana, miente con frecuencia, maneja más dinero del que se le da, a cualquier hora presenta indicios de haber consumido y devora toda la comida que cae en sus manos, de hecho muchos de los enfrentamientos que tiene con la madre son debidos a los restos de comida que tiene en su dormitorio, ya que llega a encerrarse en él para comer, negando después que lo ha hecho.

Recientemente, temiendo ... que se dilatará en el tiempo la intervención de servicios sociales, ha acudido a Fiscalía de Menores que no valora la situación de ... como de su competencia, derivando de nuevo a la familia a nuestro servicio. La madre está cada día más angustiada ya que no terminan los incidentes relacionados con el chico y tiene miedo de que en uno de ellos cometa un delito; de hecho del último incidente del que tenemos conocimiento está relacionado con un intento de robo en una gasolinera que frustró la Guardia Civil de ..., en el que ... estaba presente junto con otros 3 amigos. La madre teme que chicos mayores lo utilicen para sus fechorías, ya que él ni siquiera tiene la edad penal.

Por todo esto, desde Servicios Sociales Comunitarios consideramos que ... necesita ser protegido con urgencia, de las circunstancias socio-personales que le rodean. La madre espera una respuesta inmediata que frene a su hijo y que les permita a ambos comenzar a recuperarse. Está bastante desesperada y está dispuesta a traer a su hijo a servicios sociales comunitarios y dejarlo aquí, por lo que ruego nos ayuden a reconducir la situación (...)

En consecuencia de lo expuesto hasta ahora, estimamos que el nuevo informe solicitado a los servicios sociales comunitarios vendría a redundar la información ya aportada con anterioridad por la Corporación Local, existiendo sólo un período de 2 meses entre dicho informe y la nueva solicitud y sin que exista ningún indicio que permitiera aventurar un cambio en las circunstancias del menor, cuya situación de riesgo tiene una previsible evolución de sesgo nada positivo.

A este respecto debemos recordar los mandatos constitucionales de eficacia, eficiencia y coordinación en la intervención de la Administración Pública (artículo 103 de la Constitución), así como las previsiones de la Ley 1/1998, de 20 de Abril, de los Derechos y la Atención al Menor en cuanto a necesaria coordinación entre Administraciones para garantizar los derechos de las personas menores (artículo 3.6) y la posibilidad contemplada en el artículo 24 de dicha Ley según el cual la Junta de Andalucía puede asumir y ejercer la guarda temporal de un menor cuando quienes ostenten potestad sobre él lo soliciten justificando no poder atenderlo por enfermedad u otras circunstancias graves.

Es por ello que, con la finalidad de salvaguardar la integridad de los derechos del menor, formulamos a la Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social de Jaén la siguiente **Recomendación**:

“Que con los datos de que dispone actualmente la Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social relativos a la situación de grave riesgo en que se encuentra el menor, se evalúe la petición efectuada por la madre para que la

Administración asuma temporalmente la guarda de su hijo a fin de proporcionarle una atención socio-sanitaria especializada a su problema de conducta.

Que a tales efectos se actúe de forma coordinada con la Administración Sanitaria, en especial con el dispositivo sanitario de salud infanto-juvenil.”

En respuesta a esta Recomendación recibimos un informe en el que se señala que la situación del menor ha experimentando en los últimos tiempos un cambio positivo, ello tras la ruptura de relaciones con un grupo de amigos que le estaba causando muy mala influencia. De igual modo, tanto el menor como la madre vienen siendo objeto de tratamiento especializado por parte del Equipo de Tratamiento Familiar, con unos resultados que en principio parecen alentadores por su evolución positiva.

OFICINA DE INFORMACIÓN

3.2. Asuntos tratados en las consultas

En materia de **salud**, hemos notado una disminución del número de consultas sobre esta materia, con respecto a años anteriores. No obstante, podemos destacar alguna por su singularidad, como la de una persona campogibaltareña, exponiendo que su niño había nacido “sin ojos” constituyendo el segundo caso idéntico que había tenido lugar, en el plazo de tiempo de dos meses, en el hospital Virgen de Europa de Algeciras, y que mostraba su disconformidad porque ni siquiera se le había reconocido su derecho a la Ley de Dependencia.

4. Derechos de la Ciudadanía, en sus relaciones con la Administración.

Destacamos dentro de este apartado de Derechos básicos de la Ciudadanía en sus relaciones con las Administraciones Públicas la **queja 11/4518** que tramitamos a instancia de una federación de consumidores y usuarios que nos expuso que, en fecha de 2 de Julio de 2010, efectuó una consulta a la Subdirección de Ordenación y Organización de la Secretaría General de los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud, mediante la que solicitaban se les aclarase cual es el proceso que se sigue para llevar a cabo la recuperación de productos ortoprotésicos, una vez devueltos por la persona consumidora, y antes de ponerlos de nuevo, a disposición de otras para su uso. De la preceptiva respuesta recibida, se desprende que esta **Sugerencia** ha sido aceptada.

Añadían que, puesto que no obtuvieron respuesta, reiteraron su petición en fecha de 29 de Octubre de 2010 y luego por vía telefónica en el mes de Enero de 2011, sin que a la fecha de presentar su queja, en Septiembre de 2011, hubieran recibido respuesta alguna por parte de la mencionada Subdirección. Por nuestra parte procedimos a admitir la queja a trámite a los meros efectos de silencio, adjuntando copia de los escritos de consulta presentados ante la Administración sanitaria de los nos decían no haber recibido respuesta.

Solicitada información, se nos remitió un informe en el que se ponía de manifiesto que habían dado respuesta a la federación interesada, en los siguientes términos:

“Como conoce, la prestación ortoprotésica en Andalucía está regulada por el Decreto 195/1998 de 13 de octubre (BOJA num. 125 de 3 de noviembre de 1998). El Anexo II de dicho Decreto es el Catálogo de productos susceptibles de prescripción, dispensación y financiación con cargo al Servicio Andaluz de Salud, estableciendo un precio máximo por producto. En los productos de la Sección Segunda (Vehículos para Inválidos) y en algunos de la Cuarta (Ayudas de marcha y Equipamiento para el aprendizaje del movimiento, la fuerza y el equilibrio), figura en el apartado de Observaciones REC que en el glosario de términos viene especificado como, (“los productos identificados con esta anotación deberán ser devueltos a los Centros sanitarios donde se realizó la prescripción, una vez dejen de tener utilidad para el paciente al que se le indicó”).

A estos productos recuperados se les puede dar uso en el ámbito interno de los centros sanitarios y, si el producto en cuestión estuviera nuevo, se le puede facilitar a otro paciente, previa información del hecho y aceptación por parte del paciente.

Antes de su utilización, todos los productos son revisados por los centros sanitarios del SAS”.

A la vista de la información facilitada a la federación promotora, entendimos que el problema que motivó su queja se había resuelto favorablemente, por lo que dimos por concluidas nuestras actuaciones en el expediente, de esta forma la actuación de esta Institución sirvió para que la administración diera respuesta expresa a la solicitud de petición de información planteada.