

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

INFORME AL PARLAMENTO 2012

SALUD

INFORME DEL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

AL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

SOBRE LA GESTIÓN REALIZADA DURANTE 2012

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 2012. El contenido íntegro de dicho Informe se puede consultar y descargar en nuestra [página Web](#).

Andalucía 2013

ÍNDICE

SECCIÓN SEGUNDA:	5
ANÁLISIS DE LAS CUESTIONES PLANTEADAS EN LAS QUEJAS	5
IX. SALUD	7
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. ANÁLISIS DE LAS QUEJAS ADMITIDAS A TRÁMITE.....	12
2.1. <i>Derecho a la asistencia sanitaria</i>	12
2.1.1. Atención Primaria.....	12
2.1.2. Atención Especializada.....	14
2.1.2.1. Demoras asistenciales.....	14
2.1.2.2. Negligencias médicas.....	18
2.1.3. Enfermos mentales.....	24
2.1.4. Urgencias y Emergencias.....	35
2.1.5. Gestión Administrativa.....	42
2.1.6. Derechos de los usuarios.....	54
2.1.7. Copago farmacéutico.....	61
2.1.8. Centros.....	62
SECCIÓN CUARTA:	65
QUEJAS REMITIDAS Y NO ADMITIDAS	65
I.- DE LAS QUEJAS REMITIDAS A OTRAS INSTITUCIONES SIMILARES	67
II.- DE LAS QUEJAS RECHAZADAS Y SUS CAUSAS	68
TEMAS TRATADOS EN OTRAS ÁREAS TEMÁTICAS	73
SECCIÓN PRIMERA: I.- EL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ ANTE LA CRISIS ECONÓMICA	74
1.2. <i>Análisis de la situación en base a las quejas recibidas</i>	74
1.2.04.- Salud.....	74
1.3. <i>Las actuaciones del Defensor del Pueblo Andaluz en relación a la crisis económica</i>	78
1.3.3.- En relación con el derecho a la salud.....	78
I. PERSONAL DEL SECTOR PÚBLICO	84
2.6. <i>Personal Sanitario</i>	84
2.6.1. Acceso, Provisión y Carrera.....	84
2.6.2. Condiciones de Trabajo.....	90
V. MEDIO AMBIENTE	96
2.1.3. Contaminación.....	96
2.1.3.1. Contaminación acústica.....	96
2.1.3.1.1. Aprobación de un nuevo Reglamento de Protección contra la Contaminación Acústica... 96	
2.1.3.1.2. Inactividad municipal en supuestos de denuncias por ruidos generados desde establecimientos hosteleros.....	97
2.1.3.2. Contaminación atmosférica.....	99
2.1.5. Sanidad y salubridad.....	100
2.1.5.1. Molestias derivadas de la instalación de contenedores junto a viviendas.....	100
2.1.5.2. Problemas derivados de la falta de limpieza de fincas y solares.....	102
VI.- JUSTICIA Y PRISIONES	103

2.3.1. Materias más frecuentes de que tratan las quejas atendidas.....	103
XII.POLÍTICAS DE IGUALDAD Y PARTICIPACIÓN.....	104
2.6. <i>Salud</i>	104
SECCIÓN TERCERA: LOS DERECHOS DE LOS MENORES.....	117
a. <i>Menores con necesidades especiales</i>	117
OFICINA DE INFORMACIÓN	121
3.1. <i>Asuntos tratados en las consultas</i>	121

SECCIÓN SEGUNDA:
ANÁLISIS DE LAS CUESTIONES PLANTEADAS EN LAS
QUEJAS

IX. SALUD.

1. Introducción.

Sin duda la circunstancia de que en el año 2012 se produjera un importante modificación del marco jurídico sanitario y de recorte del gasto sanitario en virtud del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de Abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, unido a un constante debate sobre la pretendida privatización de servicios sanitarios y de externalización de la gestión de determinados dispositivos sanitarios, tanto en los niveles primarios como especializados, ha determinado en buena manera la casuística de las quejas que ante esta Institución se ha producido a lo largo del ejercicio, sin olvidar que también el estamento profesional adscrito al Sistema Sanitario Público de Andalucía, en tanto que servidores públicos, también se han visto afectados por las distintas medidas de contención establecidas con carácter general para los empleos públicos (en materia de retribuciones, provisión temporal de plazas vacantes, etc.).

Así los aspectos relativos al nuevo sistema de copago en el gasto farmacéutico, delimitación subjetiva del ámbito de cobertura (exclusión de los inmigrantes no regularizados) y anunciada revisión “a la baja” de la cartera de servicios, son aspectos que inciden y debilitan los principios de universalidad y financiación pública que vienen presidiendo nuestro SNS.

Ello viene a expresar que el sector sanitario público no ha escapado a los efectos de la crisis económica y su correspondiente consecuencia en los presupuestos públicos afectos a esta finalidad, máxime cuando los gastos en materia de sanidad representaron en el periodo 2007-2010 el 36% del gasto total presupuestario español.

Así la política de contención del gasto en este sector se ha materializado en los últimos dos años a través de cinco Reales Decretos:

- El Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de Marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al SNS, que aparte de actualizar los márgenes de los medicamentos establece una reducción del precio de los medicamentos genéricos.
- Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de Mayo, de medidas extraordinarias de reducción del déficit público, que aparte de la reducción del sueldo de los empleados públicos incorpora diversas medidas relativas al recorte del gasto farmacéutico.
- Real Decreto-ley 9/2011 de 19 de Agosto (modificando el Real Decreto-ley 8/2010), incorpora medidas de reducción del gasto farmacéutico (generalización de la prescripción por principio activo y reforma del sistema de precios de referencia).
- Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de Diciembre, relativo a la contención del capítulo de gastos de personal público, límite de la tasa de reposición en el 10% e incremento de la jornada de trabajo en el empleo público.

- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de Abril, de medidas para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de mejora de la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Esta última medida de recorte, específica para el ámbito sanitario, ha sido objeto de desarrollo mediante el Real Decreto 1192/2012, de 3 de Agosto, por el que se regula la condición de asegurado y beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria a través del SNS, estando pendiente la iniciativa de modificación de la cartera de servicios del SNS promovida por el Ministerio de Sanidad sobre las prestaciones suplementarias (prestación ortoprotésica, prestación de productos dietéticos y transporte sanitario no urgente).

En este sentido el Ministerio de Sanidad ha remitido a las Comunidades Autónomas una propuesta de reforma de la cartera de servicios del SNS (mediados de Agosto de 2012) que bajo el epígrafe "*Principales temas priorizados para actualización de cartera de servicios*", en la que se contiene una serie de propuestas técnicas, hasta ahora gratuitas, que pueden quedar excluidas del sistema, otras en las que se van a modificar las condiciones de uso y algunas de nueva inclusión. Entre las posibles exclusiones de la financiación pública el Ministerio incluye la vacuna de la gripe en pacientes asmáticos, la oxigenoterapia o la modificación de las condiciones en las indicaciones en terapias respiratorias a domicilio.

En lo que a Andalucía se refiere, cabe destacar que el Gobierno autonómico ha impugnado ante el Tribunal Constitucional el citado Real Decreto-ley 16/2012, por entender que no garantiza el derecho constitucional a la protección de la salud de la totalidad de la población, con lo que se pasa de ser ciudadanos titulares del derecho a la salud a ser asegurados y beneficiarios de un servicio, así como por penalizar la situación económica a los sectores más desfavorecidos, como es la de los inmigrantes y la población pensionista.

El citado Real Decreto-Ley no solo reforma la legislación sanitaria (tanto la Ley General Sanidad de 1986 como la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003, entre otras), sino también la legislación de extranjería (Ley Orgánica 4/2000, de 11 de Enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social), hecho que ha producido un cambio sustancial respecto a la asistencia sanitaria general a las personas inmigrantes en situación irregular en España, cambio que restringe de manera sustancial el derecho constitucional a la asistencia sanitaria.

La modificación aludida, aparte de establecer la garantía de la asistencia sanitaria a los que tengan la condición de "asegurado" (al que este trabajando de alta en la Seguridad Social, pensionista del sistema de Seguridad Social, preceptores de prestaciones o subsidios de desempleo –incluso cuando se haya agotado la prestación o subsidio si permanece inscrito como demandante de empleo– así como a los extranjeros con autorización de residencia en territorio español, siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos establecido reglamentariamente), excluye por el contrario a las personas extranjeras en situación irregular, toda vez que no pueden acreditar estar trabajando y estar de alta en la Seguridad Social, quedando excluidas de una atención sanitaria general. Tan solo se les reconoce la atención sanitaria para la asistencia durante el embarazo, parto y postparto, urgencias por enfermedad grave o accidente, hasta el alta médica, manteniendo los menores de edad el derecho a recibir asistencia sanitaria, en igualdad de condiciones que los españoles.

Este nuevo marco jurídico, es en el que se desenvuelve la asistencia sanitaria desde el 1º de septiembre de 2012, restringiéndose de forma dramática los derechos de las personas inmigrantes en situación irregular, de tal manera que va a afectar sustancialmente su estado de salud, medidas que sólo resultan paliadas en tanto que una serie de Comunidades Autónomas han asumido continuar dándoles la cobertura que venía disfrutando este colectivo, como es el caso de Andalucía.

Por último, señalar que el Tribunal Constitucional acordó en diciembre de 2012 levantar la suspensión acordada sobre el artículo único del Decreto-ley 3/2011, de 13 de Diciembre, de medidas urgentes sobre la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, lo que a la postre ha supuesto rehabilitar a la Junta de Andalucía para realizar en ese mismo mes una segunda convocatoria de subasta de fármacos (principios activos), quedando, mientras tanto, pendiente ante el Alto Tribunal la cuestión de fondo de si las Autonomías disponen de competencias para la licitación de fármacos.

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 las “Deficiencias técnicas y falta de personal en centro de salud” dirigida a la Consejería de Salud y Delegación Provincial de Salud en Málaga, en el curso de la **queja 10/3189**.

- Resolución relativa al “Aparcamiento de pago en hospital Costa del Sol” dirigida a la Dirección General de Planificación e Innovación Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud, en el curso de la **queja 10/5159**.

- Resolución relativa a la “Falta de equidad en la financiación del tratamiento que perciben distintos menores afectados de trastorno del espectro autista” dirigida al Hospital Virgen Macarena de Sevilla, en el curso de la **queja 11/187**.

- Resolución relativa a “Prestación Ortoprotésica” dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud, en el curso de la **queja 11/499**.

- Resolución relativa a “Irregularidades en la notificación de citación para la UVMI” dirigida a la Delegación Provincial de Salud en Jaén, en el curso de la **queja 11/2283**, si bien hay que reseñar que una vez cerrado el año 2012, tras la recepción de un nuevo informe se ha procedido a cambiar esta consideración y a considerar la resolución como aceptada.

Por el contrario, sí fueron asumidas las siguientes resoluciones:

- Resolución relativa a “Deficiencias técnicas y falta de personal en centro de salud” dirigida al Ayuntamiento de Marbella en el curso de la **queja 10/3189**.

- Resolución relativa a “Llamada al 061 y no envían a un enfermero al domicilio para inyectarle un dogmatil” dirigida a la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Cádiz en el curso de la **queja 11/1889**.

- Resolución relativa a “Error de diagnóstico tras visita reiterada a urgencias de centro hospitalario” dirigida al Hospital Virgen del Rocío en el curso de la **queja 10/5268**.
- Resolución relativa a “Competencia para emitir baja por patología distinta a la que determinó el alta por la inspección del INSS.” dirigida a la Delegación Provincial de Salud de Cádiz en el curso de la **queja 09/5729**.
- Resolución relativa a “Calvario en el transporte sanitario y demora en regreso a domicilio de paciente terminal” dirigida al Hospital San Cecilio y al Area de Gestión Sanitaria Sur de Granada en el curso de la **queja 10/2310**.
- Resolución relativa a “Negligencia médica con enfermo oncológico” dirigida al Hospital San Cecilio en el curso de la **queja 10/4806**.
- Resolución relativa a “Facturación de asistencia sanitaria y farmaceúrtica de cuatro años a afiliado de Muface” dirigida al Hospital Virgen del Rocío en el curso de la **queja 11/1594**.
- Resolución relativa a “Denegación de intervención de reconstrucción de reborde de maxilar superior con injerto óseo” dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud en el curso de la **queja 11/4214**.
- Resolución relativa a “Negligencia hospitalaria y maltrato” dirigida al Servicio Andaluz de Salud en el curso de la **queja 10/2150**.
- Resolución relativa a “Demora en atención por neurocirugía del hospital” dirigida al Hospital Virgen del Rocío en el curso de la **queja 11/4764**.
- Resolución relativa a “Prescribe infracción por tardanza en derivar reclamación de Consumo a Turismo” dirigida a la Delegación Provincial de Salud de Cádiz en el curso de la **queja 11/5127**.
- Resolución relativa a “Dignidad ante el proceso de muerte” dirigida al Hospital Virgen de la Victoria en el curso de la **queja 11/2841**.
- Resolución relativa a “Demora en cita con neurocirugía del hospital” dirigida al Hospital Torrecardenas en el curso de la **queja 12/160**.
- Resolución relativa a “No llega una ambulancia para trasladar al hospital a un paciente preagónico” dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud en el curso de la **queja 11/4388**.
- Resolución relativa a “Problema con el administrador de la Comunidad de Vecinos reclamado en la Oficina de Consumo” dirigida al Ayuntamiento de Chipiona en el curso de la **queja 11/4878**.
- Resolución relativa a “Reconocimiento especial de asistencia sanitaria a su hijo” dirigida al Servicio Andaluz de Salud en el curso de la **queja 12/3200**.

- Resolución relativa a “Negligencia hospitalaria” dirigida al Hospital Torrecardenas en el curso de la **queja 11/920**.

- Resolución relativa a “Información errónea de la píldora postcoital” dirigida a la Consejería de Salud y Bienestar Social en el curso de la **queja 10/6503**.

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

- **Queja 12/531** dirigida a la Delegación Territorial de Salud y Bienestar Social de Sevilla, relativa al “Fallecimiento por meningitis de una joven a la que horas antes habían diagnosticado gripe”.

- **Queja 12/538** dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, relativa a “Ensayo clínico sobre el uso antineoplásico del Aprepitán”.

- **Queja 12/809** dirigida al Hospital Reina Sofía, relativa a “Colas interminables para cita de revisión en servicio de oncología del hospital”.

- **Queja 12/3895** dirigida a la Consejería de Salud y Bienestar Social, relativa a “Asistencia Sanitaria a inmigrantes por parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía”.

- **Queja 12/4103** dirigida al Hospital Puerta del Mar, relativa a “Muerte de un bebé en urgencias hospitalaria”.

- **Queja 12/5891** dirigida al Hospital Carlos Haya, relativa a “Cierre de piscina terapéutica en el hospital”.

- **Queja 12/6693** dirigida a la Delegación Territorial de Salud y Bienestar Social en Málaga, relativa a “Desabastecimiento de vacunas antigripales”.

- **Queja 12/6696** dirigida a la Delegación Territorial de Salud y Bienestar Social en Sevilla, relativa a “Desabastecimiento de vacunas antigripales”.

- **Queja 12/6702** dirigida al Servicio Andaluz de Salud, relativa a “Demoras en la lista de espera hospitalaria”.

- **Queja 12/6723** dirigida a la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, relativa a “Médicos extranjeros trabajan como especialistas en el SAS sin título homologado”.

- **Queja 12/7129** dirigida a la Consejería de Salud y Bienestar Social, relativa a “Cribado del cáncer de colon”.

- **Queja 12/7198** dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, relativa a “Incremento de los tiempos de respuesta como consecuencia de recortes en periodo de crisis económica”.

2. Análisis de las quejas admitidas a trámite.

2. 1. Derecho a la asistencia sanitaria.

2. 1. 1. Atención Primaria.

Persisten las denuncias relativas a la insuficiencia de medios personales en este nivel de atención, de la que destacamos la **queja 10/1989** compareció ante esta Institución una representación sindical provincial de SATSE-Córdoba, exponiendo la persistente insuficiencia de personal de enfermería y de matronas en los dispositivos de atención primaria de la citada Provincia.

El sindicato expone en su escrito, tras enumerar las sucesivas competencias profesionales que ha ido asumiendo el colectivo de enfermería como consecuencia de la progresiva implantación de programas que se han ido incorporando a la cartera de servicios de este nivel asistencial, su evaluación de las necesidades de profesionales de enfermería en este nivel, que cuantifica en un total de 70 enfermeras y 27 matronas en la provincia de Córdoba, tomando como modelo de referencia el de paridad de profesionales de Medicina y de Enfermería.

En este sentido, tras hacer el correspondiente desglose de las necesidades correspondientes a cada uno de los Distritos sanitarios, cuantifica el incremento procedente de la plantilla de enfermería en 97 profesionales de esta categoría.

En apoyo de su petición argumenta que la insuficiencia de este personal viene ocasionando, aparte de la sobrecarga de trabajo en estos profesionales, problemas organizativos, asistenciales y laborales que afectan a los usuarios de estos servicios sanitarios, todo ello en detrimento de la salud de la población y de los niveles de calidad en dicha prestación.

Por su parte, el informe de la Delegación Provincial de Salud de Córdoba, con datos referidos a la Base de datos de Usuarios (BDU) respecto a la población y a las TIS (Tarjetas Individuales Sanitarias), manifiesta que los ratios de enfermería en la provincia se sitúan muy por debajo de los estándares de 1875 TIS (1700 para centros de atención primaria en zonas calificadas como necesitadas de transformación social –ZNTS-) fijados en el *“Pacto Andaluz de desarrollo de estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI”*, pactado por la Administración sanitaria con la Sociedad Andaluza de Enfermería Comunitaria(ASANEC).

En concreto, señala el informe que la ratio de enfermería en la provincia se sitúa en 1.542 pacientes por enfermera, es decir, 285 menos que la ratio media de Andalucía, abundando a este respecto que con ello se da cumplimiento a los objetivos y a los criterios establecidos en dicho pacto.

Esta respuesta administrativa es combatida por la representación sindical, en el sentido de que la plantilla de los profesionales de enfermería en la provincia deben ser objeto de minoración, toda vez que a los efectivos totales hay que deducirles aquellos que no prestan una asistencia en consulta (enfermería en DCCU, dispositivos de apoyo y

enfermería de enlace), reiterando las necesidades de profesionales de enfermería en cada uno de los distritos.

En primer lugar, cabe decir que en relación a las matronas, esta Institución, en el expediente de **queja 07/2272** promovido por la misma representación de SATSE, tuvo ya ocasión de constatar las necesidades a este respecto, cualquiera que fuera el referente utilizado (ya en relación al número de nacimientos o el de profesionales por cada 100.000 habitantes); evaluación que la administración supeditaba a la realización de un estudio de necesidades, que tan solo fue efectuado respecto a las necesidades de formación de esta categoría, reiterando que en base al modelo organizativo de Gestión por Procesos (trayendo a colación los resultados obtenidos por el Proceso Asistencial Integrado relativo al Embarazo, parto y Puerperio), se consideran atendidas las necesidades en este nivel a través de la actuación indistinta del médico de familia, enfermeras y matronas de forma indistinta.

En cuanto a la suficiencia o no del personal de enfermería en los centros de salud, dejando a un lado que los parámetros de referencia traídos a colación por las partes impiden su comparabilidad, toda vez que por la Administración se refiere a las TIS ponderadas como TAES (tarjetas sanitarias individuales ponderadas por la edad) y por la representación sindical la paridad con la plantilla de facultativos de atención primaria, ello no obsta para que consideremos como más adaptado a la realidad andaluza los referentes y estándares aplicados por la Administración sanitaria, sin que este posicionamiento suponga confirmación de la adecuación de las plantillas a los mismos, toda vez que desconocemos las medias de otras provincias homologables así como las desglosadas en función de cada uno de los Distritos y Dispositivos con que cuenta esta provincia para dicha categoría (enfermería y matronas).

Nos reiterábamos pues en el sentido que manifestamos en el antes citado expediente de **queja 07/2272**, es decir, en la conveniencia de llevar a cabo el estudio de necesidades que por la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS se afirma que se lleva a cabo de forma sistemática, que, hasta el momento, tan solo se ha materializado en un estudio de necesidades formativas en la categoría profesional de matronas, que es bien diferente y de alcance más limitado.

Por lo anteriormente expuesto, y de conformidad con lo establecido en el art. 29.1 de la Ley 9/1983, reguladora de esta Institución, formulamos a la Delegación Provincial de Salud de Córdoba la siguiente **Recomendación**:

“Que por esa Delegación Provincial, directamente o mediante traslado a los centros directivos del SAS o de la Consejería de salud que corresponda, se lleve a cabo un estudio de necesidades de personal de enfermería y de matronas en los centros de salud en dicha provincia.”

En relación a esta recomendación se contestó por la Consejería de Salud expresando las conclusiones del Servicio de Planificación, Gestión y Ordenación de Recursos en el que se señala que *“Afirmamos que estas prestaciones se encuentran plenamente cubiertas, tal y como demuestran las altas tasas de cobertura del embarazo en toda la Comunidad. Los Servicios de Atención primaria de la provincia de Córdoba en el proceso de atención al embarazo en Atención Primaria superan en 16 puntos al estándar del 72% que se encuentra establecido en la Comunidad Autónoma, alcanzando el 88% en la provincia. (...) El número de efectivos en pediatría en la provincia de Córdoba se cifra en 9,3*

pediatras por cada 100.000 tarjetas (9,2 en Andalucía) y el número de enfermeras es de 5,9 por 10.000 tarjetas(frente a los 5,5 de Andalucía).”

2. 1. 2. Atención Especializada.

2. 1. 2. 1. Demoras asistenciales.

Ha sido una constante en nuestros informes los casos en los que reproducíamos las quejas sobre la dilación en las listas de espera, fundamentalmente quirúrgicas, para múltiples intervenciones (cataratas, escoliosis, prótesis de cadera,...) y aun sin tener estándares de referencia sobre lo que podíamos considerar plazos apropiados para las mismas, vinimos a posicionarnos considerando comprensibles determinadas demoras para acceder a las prestaciones sanitarias no urgentes, en el marco de un sistema presidido por los principios de universalidad y gratuidad, aunque estimando también que las mismas no son concebibles si superan unos límites tolerables médica y personalmente, en cuyo caso se produce una verdadera desasistencia.

Ahora que contamos con los plazos de garantía de respuesta para intervenciones quirúrgicas, primeras consultas de especialidades, procedimientos diagnósticos, y determinados procesos asistenciales, como elementos de referencia de lo que puede entenderse como una demora razonable, pensamos que la espera por un tiempo como el que ha permanecido 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.

Pues bien, queremos ahora poner énfasis a las demoras resultantes para las consultas de especialistas, con un primer caso en el expediente de **queja 11/4764** en la que el interesado nos exponía la espera a la que se veía sometido en una cita con el servicio de neurocirugía, solicitada tras consulta de traumatología del hospital comarcal de su localidad, la cual había venido motivada por una reagudización de su patología que le había obligado a acudir a urgencias con anterioridad, motivo por el cual se encontraba en situación de baja laboral.

En concreto el interesado compareció en urgencias de dicho hospital en abril del año 2010 por el empeoramiento de su estado en las últimas semanas, y el dolor intenso y parestesias en ambas manos de los últimos días. En agosto de ese mismo año fue atendido en consultas externas de traumatología, y tras la misma la facultativo elaboró un informe

justificando su derivación de forma preferente al servicio de neurocirugía del centro hospitalario.

Transcurridos ocho meses desde la derivación formuló diversas reclamaciones ante dicho centro, ante el temor de que su proceso no estuviera resuelto a la fecha en que habría de incorporarse a su puesto de trabajo, pero las insatisfactorias respuestas recibidas a las mismas (se limitaban a señalar que había muchas solicitudes para la especialidad y que en función de la gravedad, podían demorarse las que tenían menor preferencia), decidió acudir a esta Institución.

El informe administrativo indicaba que el interesado fue derivado desde el servicio de traumatología del citado hospital al servicio de neurocirugía del hospital de referencia, de manera que al tener lugar en aquel la primera consulta desde atención primaria, se trataría de una derivación entre centros que no está sujeta al Decreto de plazos de respuesta.

Al mismo tiempo se explicaba que en la actualidad no está vigente el criterio de derivación preferente, aunque las derivaciones de otros centros se valoran por la unidad de gestión clínica receptora que les otorga una mayor o menor preferencia, asignándosele cita en virtud de la misma, cita se que produjo inmediatamente así como la práctica de una resonancia y nueva cita en consulta para primeros de diciembre, habiéndosele explicado las ventajas e inconvenientes de la intervención quirúrgica que precisa, a expensas de su decisión sobre este particular.

Se refiere que la revisión de la historia clínica del paciente arroja datos contradictorios, puesto que los relativos al dolor recogidos en la consulta de octubre (acorchamiento del miembro inferior izquierdo que ocasionalmente se acompaña de dolor), no concuerdan con la magnitud de lo manifestado por aquel en sus escritos de reclamación. Por otro lado tampoco coincide la descripción que el paciente hace de sus lesiones con lo que sugiere la RNM.

En último lugar se alude a las incomodidades que se está causando a los pacientes con patologías estructurales de columna, por la lista de espera de la UGC de neurocirugía, anunciándose la adopción de medidas de ordenación funcional y estructural para abordar este problema, entre las que al parecer figura la creación de una UGC intercentros con otro hospital de referencia.

Pues bien, en lo referente a que la garantía de plazo de respuesta no resulta exigible al tratarse de una derivación entre centros, cabe decir que la garantía de plazo de respuesta aparece referida a las primeras consultas de las especialidades recogidas en el anexo II del Decreto 96/2004, de 9 de Marzo, cuando se solicitan por un médico de atención primaria para un facultativo especialista, siempre que no tengan la consideración de revisiones.

Desde nuestra perspectiva existen varias razones que podrían traerse a colación para justificar la inaplicación de la garantía, pero no están relacionadas con el hecho de que la solicitud proceda de otro hospital, sino más bien con el de que no venga de un médico de atención primaria, o incluso con que pudiera tener la consideración de revisión.

La derivación desde otro centro no obedece a la libre elección del interesado, en cuyo caso se excluiría la garantía referida, sino muy probablemente a la falta de recursos

especializados en la cartera de servicios del centro que consideramos para tratar al paciente, teniendo en cuenta además que resulta poco probable una primera consulta de especialidad en el ámbito que consideramos, puesto que normalmente ha existido un proceso previo de diagnóstico y seguimiento de una patología que en un momento determinado plantea una necesidad quirúrgica.

En otro orden de cosas nos encontramos con que desde el hospital se utilizan en la derivación criterios de preferencia que después no son tenidos en cuenta en dicho centro, sin que por otra parte se les advierta de ello. Así la UGC de neurocirugía valora las solicitudes que proceden de otros centros y les asigna la prioridad que estima oportuna, lo que determina el plazo para la atención del paciente.

No sabemos en qué momento se llevó a cabo dicha valoración y el funcionamiento de las agendas de citación, dada la distancia temporal entre la derivación desde traumatología, hasta la fijación de la citación, y la comunicación de la misma al interesado. Por otro lado la falta de concordancia entre la sintomatología descrita en las reclamaciones y la detectada en la exploración del paciente, tampoco nos resulta extraña en un proceso patológico crónico, puesto que obedece a momentos temporales distintos, refiriéndose la primera a la reagudización de aquél, cuando la especialista alude a una nueva crisis de dolor desde la que presenta dolor intenso que le limita en sus AVD, y la segunda al estado del paciente en la consulta, cuando se evidencia a la exploración acorchamiento de miembro inferior izquierdo que ocasionalmente se acompaña de dolor.

Exponíamos nuestra discrepancia con el criterio que la entidad del dolor sea el único elemento a tener en cuenta a la hora de valorar la prioridad en la asistencia, y tampoco pensamos que el mismo haya sido de la levedad que en el informe administrativo pretendía reflejar. Se ha de tener en cuenta que el interesado estuvo de baja laboral por el período máximo previsto para la situación de incapacidad temporal, la cual fue objeto de prórroga expresa por el plazo de seis meses previsto normativamente, siendo objeto de evaluaciones periódicas tanto por una mutua, como por la UVMI, como por los propios servicios de inspección de la Seguridad Social, manteniendo en todos los casos y durante todo el tiempo la opinión de que el interesado se encontraba incapacitado para desarrollar su actividad laboral.

Se evidencia sin duda del relato de los hechos que realizan ambas partes que dicho hospital tarda un período de catorce meses en proporcionar al interesado la cita que le había sido requerida desde el servicio de traumatología, de manera que aunque la misma no esté afectada por límite temporal prefijado, ello no quiere decir que pueda demorarse sine die, sino que debe producirse dentro de un tiempo que pueda entenderse razonable en el marco del proceso asistencial en cuestión. No podemos olvidar que en caso de que el paciente opte por la intervención quirúrgica aún habrá de ser incluido en otra lista de espera y soportar la demora añadida y nada desdeñable que conlleve la misma.

Y es que la consulta a la que nos referíamos se inserta en el proceso de diagnóstico y seguimiento de la enfermedad, y sobre todo resulta decisiva a la hora de determinar la alternativa terapéutica a aplicar, por lo que debe fijarse a la mayor brevedad posible para completar dicho proceso y determinar aquella. De otra manera los límites temporales establecidos para las primeras consultas y para la realización de las pruebas diagnósticas de nada servirían, si no se evita la demora en las etapas posteriores.

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

“Que se adopten medidas para agilizar las citas con la UGC de neurocirugía de los pacientes que padecen patología estructural de columna con afectación radicular, al objeto de que pueda llegar a determinarse la alternativa terapéutica apropiada para los mismos en el menor tiempo posible, con el fin de evitarles sufrimiento y permitirles el desarrollo normalizado de su vida personal y laboral”.

Por el centro hospitalario se contesta aceptando la recomendación señalando que con independencia del cumplimiento de los plazos de garantía establecidos en la normativa vigente, estas patologías requieren un tiempo de atención específico, habiéndose puesto en marcha un plan para mejorar la evaluación de estos pacientes, plan que estaba en fase avanzada de implantación.

Por último, en el expediente de **queja 12/160** acudió a esta Institución el interesado para decirnos que desde hacía varios meses tenía pendiente una cita desde traumatología para la unidad de columna del servicio de neurocirugía del centro hospitalario de su localidad, sin que se le hubiera asignado fecha.

En el informe de la Dirección Gerencia del hospital se viene a reconocer dicha derivación, explicando que la misma se realizó por parte del facultativo con carácter normal, por lo que no se le otorgó ninguna preferencia, sino que se siguió el protocolo habitual, por lo que tras valoración del informe del especialista por el servicio de neurocirugía, se determinó la fecha en la que había que citar al paciente. En concreto se alude a la asignación de la cita para Marzo de 2012.

Desconocíamos en qué momento se llevó a cabo dicha valoración y el funcionamiento de las agendas de citación, dada la distancia temporal entre la derivación desde traumatología, hasta la fijación de la citación, y la comunicación de la misma al interesado.

Lo que sí se evidenciaba tras el análisis de esta queja y de otras similares en el conjunto del Sistema Sanitario Público de Andalucía, es que los criterios de actuación de los centros hospitalarios resultan muy diversos. Así mientras que en dicho hospital se respeta escrupulosamente el nivel de prioridad marcado por el especialista en su petición, hemos podido observar que en otros centros no se tiene en cuenta, de forma que el servicio o unidad de gestión clínica analiza absolutamente todas las peticiones, para establecer el orden de prelación entre las mismas y fijar las fechas de las consultas.

Constatamos el excesivo tiempo que transcurre entre la petición y la citación, pues no se indica en qué momento se valora por el servicio, y cómo se abren las agendas y se ordenan las citaciones que en principio revisten menor urgencia.

Ahora bien de lo que no cabe duda es que el tiempo que se hace preciso para que atiendan el interesado en la unidad de columna alcanza los diez meses. Ciertamente no es posible considerar que dicha consulta esté cubierta por la garantía de plazo de respuesta prevista en el Decreto 96/2004, de 9 de Marzo, en tanto que no podría clasificarse como primera consulta de especialidades, teniendo en cuenta además que difícilmente va a

producirse una primera consulta para dicho servicio procedente directamente de la atención primaria.

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

A la vista de todo ello formulamos a la Dirección Gerencia del hospital Recordatorio de deberes legales así como 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, y en concreto se adopten medidas para agilizar las citas con la UGC de neurocirugía de los pacientes que padecen patología estructural de columna, al objeto de que pueda llegar a determinarse la alternativa terapéutica apropiada para los mismos en el menor tiempo posible, con el fin de evitarles sufrimiento y permitirles el desarrollo normalizado de su vida personal y laboral”.

Dicha recomendación es aceptada por la Directora gerente señalando que se había puesto en marcha una Unidad de Espalda Multidisciplinar así como la elaboración de protocolos de derivación y circuitos de interconsultas.

2. 1. 2. 2. Negligencias médicas.

Con carácter general y ante las situaciones que se nos plantean en las quejas que se nos presentan, que pudieran poner de relieve supuestos de mala praxis en la asistencia sanitaria, esta Institución suele abstenerse de realizar pronunciamiento alguno sobre el ajuste de aquella a la denominada *lex artis*, puesto que carece de la posibilidad de llevar a cabo las evaluaciones e informes técnicos que se hacen precisos para delimitar cual es el nivel de diligencia que el supuesto exigía y efectuar la labor comparativa que permita concluir si la actuación sanitaria se ha ajustado o no al mismo.

Ello no obsta para que sin embargo usualmente informemos a los interesados sobre los procedimientos administrativos y judiciales que pueden ejercer para tratar de exigir la responsabilidad patrimonial de la Administración, así como para que podamos poner de manifiesto déficits organizativos o materiales que sin duda han tenido repercusión en el resultado, con independencia de que se llegue o no a establecer la existencia de relación de

causalidad, y que deben ser objeto de resolución o mejora, constituyendo este aspecto un área muy importante de nuestras resoluciones.

Ahora bien, en el supuesto que a continuación vamos a referir ni siquiera se plantea la cuestión desde la óptica de la evaluación de la actividad asistencial a efectos de apreciar la eventual existencia de mala praxis, puesto que por parte del interesado ya se formuló la reclamación de responsabilidad patrimonial, y con posterioridad se recurrió judicialmente la resolución administrativa desestimatoria, dándose lugar a una sentencia condenatoria para la Administración, con independencia de que la misma haya sido objeto de recurso en dicha instancia jurisdiccional.

Es el caso del expediente de **queja 11/1888** en el que la interesada nos daba cuenta de las circunstancias en las que se produjo el nacimiento de sus hijas gemelas en un determinado centro hospitalario, y las graves secuelas padecidas por una de ellas a consecuencia, en su opinión, de la desatención y la inadecuada actuación de los profesionales que la asistieron.

En el relato del itinerario asistencial en el hospital, que se remonta al 2005, refiere que ingresó en el centro con contracciones cuando se encontraba en la vigésimo novena semana de gestación de un embarazo que se consideró desde el principio de alto riesgo, y aunque se le suministró medicación para intentar retener el parto, pronto se comprobó que ello no era posible al alcanzar aquélla 9 cm. de dilatación, ordenándose entonces su traslado urgente al paritorio.

En esta secuencia manifiesta que la primera de las gemelas nació espontáneamente en la camilla sin asistencia médica de ningún tipo, procediéndose entonces al intento de que la segunda naciera de forma natural, a pesar de que se encontraba en posición transversa en el útero.

En esta "*maniobra de gran extracción*", aparte de causar un gran sufrimiento a ella, estima que se perdió un tiempo muy importante, que propició que al nacer su segunda hija mediante una cesárea que al final fue necesario practicar, presentara importantes secuelas neurológicas.

Igualmente señala que en ningún momento le realizaron prueba de imagen alguna, ni estuvo sometida a control de monitores que hubieran permitido detectar el sufrimiento fetal, esgrimiendo que la atención sanitaria recibida no se ajustó a lo que demandaban las específicas circunstancias del caso.

A la vista de los síntomas que comenzaron a detectarse en su segunda hija, se le practicó un estudio de neurología que concluyó con el diagnóstico de Encefalomalacia multiquística, que se traduce en microcefalia, crisis convulsivas, falta de movilidad de brazos y piernas, y falta de atención por las cosas, habiendo sido valorada la menor con un 88% de discapacidad.

Pues bien con posterioridad la interesada y sus esposo formularon ante el SAS reclamación de responsabilidad patrimonial, que derivó en recurso contencioso-administrativo, en el que se ha dictado sentencia por la que se viene a estimar la misma, reconociéndoles el derecho a ser indemnizada con el importe que se estipula en su fallo.

Frente a la afirmación del SAS que vincula las lesiones padecidas por la hija a su carácter prematuro, tanto el informe del Consejo Consultivo de Andalucía, que discrepó de la propuesta de resolución en el expediente administrativo; como la sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo correspondiente, estimaron que los daños se sitúan en torno al nacimiento, y que existió relación de causalidad entre la actuación de los profesionales sanitarios y las lesiones producidas.

En este sentido la sentencia avala que la técnica empleada para intentar el nacimiento de la niña no fue la adecuada, a la vista de lo establecido en el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (punto 10), por el cual dicha práctica estaría proscrita en la obstetricia moderna, afirmando que debió practicarse una cesárea electiva. Al mismo tiempo señalaba la sentencia que no se puede justificar el nacimiento de la primera de las menores de forma espontánea en la camilla cuando la paciente ya llevaba muchas horas ingresada, ni tampoco que la misma no estuviera monitorizada.

Por otro lado la interesada también denunció los hechos ante la Inspección de Servicios Sanitarios, la cual concluyó que había causa suficiente para abrir expediente disciplinario a los facultativos que la atendieron, solicitando a estos efectos su incoación.

Estima sin embargo la interesada que lo ocurrido en el parto podría volver a suceder, puesto que dichos expedientes ni siquiera se han iniciado, ni se ha adoptado ninguna medida para evitar que se repitan estos hechos, que era la única intención que le movía a plantear la queja.

Ateniéndonos a lo expuesto decidimos admitir esta queja a trámite, y en el curso de su tramitación solicitamos dos informes al centro hospitalario. Por nuestra parte pretendíamos conocer si se había llevado a cabo alguna investigación sobre lo sucedido, y qué tipo de medidas, de carácter disciplinario u organizativo se hubieran podido adoptar para evitar reiteraciones de mala praxis en la atención de este tipo de partos en el futuro. Interesaba especialmente saber si se había considerado el tema dentro del servicio de ginecología, y si se habían modificado los protocolos a efectos de erradicar en estos casos la maniobra practicada a la interesada, y las instrucciones que se hubieran podido trasladar a los profesionales sobre este particular.

En este sentido el primero de los informes refiere que la interesada acudió con dilatación muy avanzada que hacía muy difícil retrasar el parto, y que mediante ecografía se detectó que las dos gemelas estaban en posición cefálica, quedando ingresada en monitores, donde “sistemáticamente se monitoriza a todas las gestantes con registro cardiotocográfico”, y que la dilatación cursó rápidamente ocurriendo el parto espontáneamente en la cama.

Señala el documento administrativo que tras el nacimiento de la primera gemela la segunda rotó a situación transversa, no consiguiéndose la extracción, por lo que fue necesaria la práctica de una cesárea urgente.

A este respecto manifiesta que el registro del índice Apgar (5) para la recién nacida al minuto uno de vida, no permite establecer de manera inequívoca que las lesiones neurológicas que presentó se debieran a las maniobras de extracción obstétricas, y que la sentencia recaída en el procedimiento judicial arriba referido avala la adecuación de la

técnica empleada para intentar el nacimiento, ya que la primera opción era la extracción de la segunda gemela, y el planteamiento de una cesárea de entrada no resultaba correcto.

A la vista de lo expuesto, tras analizar el contenido del informe emitido, vinimos a considerar que muy al contrario de la opinión mantenida por el centro, la sentencia recaída está lejos de avalar la adecuación de la técnica empleada para la extracción, atendiendo a los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, pues estima incluso que se encuentra prescrita por la Obstetricia moderna, a lo que se añaden otros aspectos que tampoco se consideran admisibles, como el nacimiento de la primera gemela en la camilla y la ausencia de monitorización.

Entendiendo que por el centro no se daba respuesta a los requerimientos de información realizados, nos vimos en la necesidad de reiterar nuestros planteamientos, en respuesta a los cuales recibimos un segundo informe que se limita a resaltar la resolución recaída en el expediente de responsabilidad patrimonial tramitado por el Servicio de Aseguramiento y Riesgos del SAS, la cual obedece al dictamen médico de facultativo adscrito al mismo, según el cual *“la asistencia sanitaria ha sido correcta y adecuada a las circunstancias clínicas del caso. Todas las medidas diagnósticas y terapéuticas se adoptaron de acuerdo con las recomendaciones y directrices establecidas en los protocolos asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y otras Sociedades científicas internacionales, no existiendo relación de causalidad entre dicha asistencia sanitaria y el perjuicio reclamado por los interesados”*, así como que *“la asistencia sanitaria se ha desarrollado siempre acorde a los criterios de la lex artis ad hoc y conforme a los conocimientos actuales de las Ciencia Médica sin que pueda imputarse daño alguno a la Administración por dicha labor sanitaria”* (conclusiones duodécima y decimotercera).

Por otro lado se añade que las propuestas de la Inspección de Servicios Sanitarios no son vinculantes para ese órgano de dirección, y que no procede que realicen ninguna valoración de la citada sentencia porque no es firme, al haber sido recurrida.

A results de todo lo anterior resuelven la no incoación de expediente disciplinario a los profesionales que intervinieron puesto que no se desprende que su actuación sea susceptible de falta de esta naturaleza, sin aludir por otro lado a la adopción de ninguna otra medida.

Como ya señalábamos al principio, la intención de la interesada al poner de manifiesto ante esta Institución hechos que databan de varios años atrás, era la de conocer las consecuencias que se habían derivado internamente para dicho hospital, y en concreto para el Servicio de Ginecología, con el fin de comprobar si se habían adoptado medidas que pudieran eliminar o al menos paliar las deficiencias detectadas.

Esta intención nos pareció novedosa y significativa, pues en definitiva se trataba de ver las repercusiones del fallo judicial, de manera que el mismo no se agotara con el eventual abono al interesado y su familia de la indemnización acordada, sino que permitiera un análisis crítico de lo sucedido para intentar que la situación vivida en torno al nacimiento de su hija, y los daños padecidos por esta última, pudieran evitarse en el futuro.

Cobraba singular importancia el análisis pormenorizado de la técnica utilizada para intentar la extracción de la segunda gemela, pues es el punto de inflexión sobre el que gira la imputación de responsabilidad, al considerarse en la sentencia recaída que dicha

maniobra no debió intentarse, y que de hecho en la actualidad no se estima en el ámbito de la ciencia médica dentro de la especialidad que consideramos.

Considerando acreditada dicha inadecuación, la sentencia asocia a la misma, y en todo caso sitúa en torno al parto, el origen de las lesiones neurológicas de la hija, una vez comprobado que no se trataba de una afectación anterior al nacimiento y que se descartaron otras posibles causas de la enfermedad diagnosticada, con lo que estima acreditada una adecuada relación de causalidad entre la atención médica proporcionada a la madre y el diagnóstico de la menor tras el parto.

Ahora bien, ninguno de estos aspectos fueron tenidos en cuenta por dicho centro hospitalario, que se limita a afirmar en el primer informe que no puede establecerse una relación de causalidad inequívoca entre las lesiones y las maniobras obstétricas de extracción, y que la sentencia avala que la técnica empleada para intentar el nacimiento fue la adecuada; mientras que en el segundo se refugia en el dictamen médico del facultativo del servicio de aseguramiento y riesgos evacuado en el curso del expediente de responsabilidad patrimonial, y en concreto en las conclusiones alcanzadas en los epígrafes duodécimo y decimotercero, que ya hemos reproducido con anterioridad, que en definitiva avalan el ajuste a la *lex artis* conforme a los protocolos científicos en vigor.

Desconocemos el apoyo que el hospital encuentra en la sentencia para justificar tal afirmación, pues tras la lectura de aquella la conclusión que se alcanza no es sino la contraria a la que llega ese centro, dado que haciendo suya la opinión del perito, y dejando constancia expresa de la lectura del punto 10 del protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) que había sido aludido por aquel, manifiesta con claridad que *“la técnica empleada no fue la adecuada”*.

Por otro lado llama la atención que para el hospital el dictamen facultativo emitido en el expediente de responsabilidad patrimonial sea el único relevante, sin entrar en consideraciones en torno a la sentencia por la falta de firmeza de la misma.

Ciertamente la sentencia fue recurrida por el Servicio Andaluz de Salud, estando pendiente el pronunciamiento en la segunda instancia judicial respecto de los motivos de recurso que se hayan formulado. Ahora bien, no deja de plantearse una importante diferenciación entre el dictamen facultativo al que el centro acoge, que en definitiva es un informe de parte, y la sentencia recaída, emitida por un órgano judicial independiente e imparcial, por mucho que el pronunciamiento haya sido recurrido.

Pero es que además constan otros dos pronunciamientos emitidos por instancias imparciales, que se muestran contrarios a la tesis administrativa. En el informe preceptivo emitido por el Consejo Consultivo a la vista de la propuesta de resolución desestimatoria del expediente de responsabilidad patrimonial promovido por el interesado, se viene a dictaminar desfavorablemente esta última, considerando que *“existen indicios suficientes de que el daño sufrido por la recién nacida es consecuencia de la asistencia sanitaria, pudiéndose considerar que la *lex artis ad hoc* no fue cumplida rigurosamente, ni se utilizaron todos los recursos al alcance de la ciencia médica, algunos tan directos y escasamente costosos como la ecografía y el control de bienestar fetal”*.

A la vista de este documento, pero teniendo en cuenta también otros aspectos como la falta de cumplimentación de la documentación reglamentaria y de información sobre las maniobras realizadas en el espacio de tiempo transcurrido hasta la realización de

la cesárea, la Inspección de Servicios Sanitarios de la Delegación Provincial de la Consejería de Salud, a la que también acudió la interesada, solicitó la incoación de expediente disciplinario para los profesionales intervinientes en la atención.

El Consejo Consultivo de Andalucía, creado por la Ley 8/93, de 19 de Octubre, y regulado por la Ley 4/2005, de 8 de Abril, es un órgano superior consultivo de carácter técnico-jurídico que ejerce sus funciones con autonomía orgánica y funcional para garantizar su objetividad e independencia, de manera que a través de sus dictámenes jurídicos ha venido creando un importante cuerpo de doctrina que ha facilitado la adecuación e interpretación de las normas jurídicas conforme a la Constitución y el Estatuto de Autonomía.

Como ya hemos referido, no es cometido de esta Institución evaluar el ajuste de la actuación sanitaria a la *lex artis*, pero con independencia del pronunciamiento definitivo que los tribunales realicen sobre esta cuestión, lo cierto y verdad es que por diversas instancias independientes, algunas incluso del propio organismo público, se han puesto de manifiesto importantes interrogantes sobre la praxis desarrollada, los cuales no solo tienen incidencia en el caso concreto sino que planean sobre la práctica asistencial seguida habitualmente por el servicio de ginecología y arrojan dudas sobre la corrección de la atención que pueda llegar a dispensarse con ocasión de casos similares en el futuro.

A la vista de las apreciaciones recogidas en la sentencia recaída, el dictamen del Consejo Consultivo, y el informe de la Inspección de Servicios Sanitarios, considerábamos la existencia de datos suficientes que justificaban la realización de una investigación por dicho hospital, y fundamentalmente por el servicio asistencial implicado, para evaluar los déficits que se ponen de manifiesto, y cuestionarse sobre la praxis empleada.

Así resultaba de interés resolver algunas contradicciones como la que alude a la comprobación de la presentación de las gemelas en el útero, según dicho hospital confirmada por ecografía, cuya realización por otro lado no consta para el Consejo Consultivo; o la que se refiere a la falta de monitorización de la paciente, o en su caso, a la ausencia del registro cardiotocográfico en su historia clínica, certificada por el mismo hospital; o principalmente la idoneidad de la maniobra denominada "*gran extracción*", dada la importante discrepancia en torno a la misma.

Ninguno de estos aspectos fue considerado por el hospital, el cual ni siquiera respondió con claridad a las preguntas que sobre la referida maniobra le habíamos planteado, acogiéndose de manera genérica a la consideración del dictamen facultativo, el cual por lo que sabemos, se pronunciaba de forma igualmente genérica sobre la adecuación de las medidas diagnósticas y terapéuticas a los protocolos que rigen actualmente para la ciencia médica, y por lo tanto a la *lex artis ad hoc*.

Es verdad que el fallo judicial aún no era definitivo, que el informe del Consejo Consultivo, aún siendo preceptivo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, no resultaba vinculante, y que tampoco reviste este carácter la propuesta de la Inspección de Servicios Sanitarios. Ahora bien dejando a un lado la táctica que por parte del Servicio Andaluz de Salud pudiera adoptarse en el ejercicio de su derecho de defensa, no parece razonable que por dicho hospital, y por parte del servicio asistencial implicado, se viniera a ignorar absolutamente estos pronunciamientos, perdiéndose la oportunidad de

extraer las consecuencias oportunas que un examen crítico de estas cuestiones pudiera arrojar.

Nos parece muy importante sin embargo que el servicio de ginecología adoptara un criterio definido en relación con la aplicación de la maniobra de “*gran extracción*”, y que este criterio se ajustara a la mejor evidencia científica, recurriendo para ello a la comparación entre protocolos con otros centros del sistema sanitario público andaluz, y a la consulta con la Sociedad Científica correspondiente, así como que lo traslade a todos los profesionales integrantes del mismo, sin perjuicio de que por otro lado analice los déficits detectados en cuanto a la falta de registro de datos en la historia clínica que ponen de manifiesto la ausencia de controles indispensables en el proceso de parto, aún más teniendo en cuenta las características del de la esposa del interesado.

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

“Que se revisen los protocolos aplicables en el servicio de ginecología por lo que hace al empleo de la denominada maniobra de “gran extracción”, consultando a estos efectos con otros hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y fundamentalmente con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, al objeto de adaptar los mismos a la mejor evidencia científica disponible sobre este aspecto, así como que se informe a todos los integrantes del servicio de las conclusiones adoptadas.

Que se investiguen la causas de la escasez de registros anotados en la historia clínica de la paciente, así como de la falta de control tocográfico y ecográfico, o en su caso de los documentos acreditativos de los mismos en la referida historia, y se impartan las instrucciones oportunas para que se cumplimente adecuadamente aquella, y se lleven a cabo los medios de diagnóstico y control de bienestar fetal que exijan las circunstancias del proceso de parto”.

Por la Dirección gerencia se informa que el que está en proceso de elaboración un protocolo (cuya finalización depende de la publicación de los resultados de dos grandes ensayos multicéntricos aleatorizados que pueden aportar información muy valiosa, y que mientras tanto está establecido el uso de protocolos de reconocidos hospitales así como las guías de las más prestigiosas sociedades científicas Internacionales, matizando que en dichos protocolos se reconoce la gran extracción como una maniobra segura en los casos de parto gemelar con el primer feto en cefálica y el segundo no (bien transversa o pelviana), discrepando con lo sugerido por esta Institución.

2. 1. 3. Enfermos mentales.

Frente a la perspectiva meramente clínica que desde el Sistema Sanitario Público de Salud Mental se presta a este colectivo, que es la que solemos destacar en este apartado del informe anual, queremos este ejercicio resaltar la vertiente asistencia social que de ordinario se ofrece desde la fundación Faisem (cuando de servicios se trata) o desde la propia Agencia de Servicios Sociales y Dependencia (si de prestación económica se trata), y cómo la circunstancia de que la calificación de la persona afectada, sobre la que hay una presunción de padecer un trastorno mental a resultas de la documentación que se integra en el expediente de dependencia, se residencia en una comisión específica

(Comisión Provincial de Coordinación Intersectorial), trámite que es causa de demora en el acceso a las prestaciones y servicios que por derecho corresponde a la persona afectada, todo ello como consecuencia y exigencia de la normativa de la dependencia.

Así en el expediente de **queja 11/1872** compareció en esta Institución la interesada para exponer la problemática que le afectaba en la convivencia con su hija que padece una enfermedad mental, lo cual le ha llevado a solicitar el reconocimiento de su condición de dependiente, en la intención de acceder a alguna de las prestaciones del sistema de autonomía y atención a la dependencia que promueva una mejora de su calidad de vida.

A este respecto señala que iniciaron el procedimiento en Diciembre de 2007, siendo reconocida aquella en grado II nivel 1 en Febrero de 2009 y aprobado el PIA para unidad de estancia diurna de Faisem en Febrero de 2010.

Sin embargo la gravedad de la situación familiar llevó a la interesada a solicitar la revisión del PIA a los pocos meses de su aprobación, y aunque se ha elevado la propuesta para acceso a una plaza en casa hogar de Faisem, la misma sigue sin concretarse, por lo que la interesada se cuestionaba aspectos como los que siguen: *“¿cómo es posible que se tarde tanto en conceder una plaza si hay personas que la solicitaron mucho después y ya la tienen?, ¿qué pasa en las reuniones que establece la Administración para la adjudicación de las plazas?”*, y ella misma se responde: *“sinceramente no lo sé, lo único que sé es que mi hija necesita atención especializada, que se ha infringido la Ley de Dependencia, no respetando los plazos que recoge, y que estoy sufriendo un maltrato doble: por parte de mi hija, y el mencionado de la Administración”*.

Por nuestra parte solicitamos informe tanto a la Delegación Provincial para la Igualdad y Bienestar Social, responsable de la tramitación del procedimiento de dependencia, como a la Gerencia de Faisem, entidad de la que dependen los dispositivos del programa residencial para enfermos mentales.

Desde la Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social se nos indicó que la hija de la interesada tenía reconocido un grado II nivel 1 de dependencia por resolución de Diciembre de 2008, con propuesta de PIA en Septiembre de 2009, en la que se recogía como primera modalidad casa hogar para personas con enfermedad mental, y como segunda la asistencia a un centro de día. Continuaba refiriendo que al estudiarse el caso en la Comisión Provincial Intersectorial de octubre de ese año se consideró candidata para casa hogar, pero que al consultar a Faisem sobre la existencia de plazas vacantes, la negativa en este sentido llevó a aprobar el PIA con la segunda opción prevista en el mismo, por lo que se resolvió su derecho a acceder a una plaza en centro de día en Febrero de 2010.

Habían transcurrido sin embargo unos pocos meses cuando la interesada solicitó la revisión del expediente orientado hacia casa hogar, manifestando que su hija no acudía al centro de día. Así tras aceptar la solicitud de revisión se remitió el expediente a los servicios sociales comunitarios para la elaboración de un nuevo informe social y propuesta.

El caso se vio de nuevo en comisión intersectorial de Septiembre de 2010, haciéndose hincapié en su urgencia, pero a la vista de la información aportada desde salud mental (asistencia de la hija de la interesada a programa de día de comunidad terapéutica y anuncio de respiro familiar en casa hogar) se planteó revisar la situación en diciembre, y de

ahí se pasó a abril del año siguiente, y al mes siguiente (Mayo) se informó del ingreso en respiro familiar, advirtiendo que a la finalización del mismo la interesada volvería al programa de día en la comunidad terapéutica, pendiendo el nuevo PIA de la disponibilidad de plaza en casa hogar.

Por su parte Faisem nos daba cuenta de la prestación concedida de respiro familiar, y la ocupación de plaza por entonces en ese mismo concepto. Se aludía a su difícil adaptación a los diferentes recursos y a la necesidad de colaboración de la interesada en la adopción de criterios educativos.

Ahora bien, aunque ciertamente la hija de la interesada tenía asignado un recurso por su condición de dependiente, la verdad es que la elección del mismo vino motivada por la imposibilidad de satisfacer la primera opción establecida en la propuesta de PIA, que era la de plaza en casa hogar. Por eso tras la solicitud de revisión de aquel con el concreto objetivo de acceso a dicha plaza, nos preguntábamos cuál era la situación, pues la resolución no podía dictarse porque seguía sin existir disponibilidad.

En este punto el informe de Faisem insistía en que la hija había recibido atención en el programa de estancia diurna y en el programa residencial en la modalidad de respiro familiar con resultados satisfactorios en general, pero que efectivamente por parte de los servicios de salud mental del SAS se había realizado una propuesta de PIA hacia una plaza de casa hogar, encontrándose entonces a la espera de poder disponer de la misma, bien por la apertura de nuevos recursos, bien porque quede alguna libre, para la incorporación de la usuaria.

En definitiva nos encontramos con que desde que se elaboró la primera propuesta de PIA con la recomendación de casa hogar, había transcurrido más de tres años sin que esta opción se concretara. Es cierto que teniendo en cuenta la carencia de plazas de esta tipología, desde Faisem se intentó subvenir a su situación ofertando otros recursos, y ofreciendo soluciones temporales, que sin duda contribuyeron a aliviar la situación de la interesada, así como a favorecer la adaptación de su hija.

Sin embargo la situación que en este caso describimos, que no es sino un ejemplo de las que con asiduidad se nos presentan en relación con los derechos atribuidos a las personas reconocidas como dependientes en atención a su enfermedad mental, pone nuevamente de manifiesto la escasez de plazas para satisfacer las necesidades que surgen continuamente en este ámbito. No en vano el propio informe de la Delegación Provincial para la Igualdad y Bienestar Social ponía de manifiesto esta insuficiencia, refiriendo que desde la entrada en vigor de la Ley de Dependencia solo se había dispuesto de catorce vacantes para casa hogar en la provincia.

El análisis de esta cuestión no es ajeno a esta Institución, pues ya con anterioridad hemos tenido ocasión de pronunciarnos al respecto en otros expedientes de queja, bien por supuestos individuales de demora y dificultades en el acceso a las plazas, bien con carácter general en cuanto a la situación en algunas provincias.

Por ejemplo en el expediente de **queja 12/1005** emitimos una resolución a la gerencia de Faisem en la que se contenía una Recomendación para *“Que se acuerde el incremento de las plazas en dispositivos residenciales en la provincia de Sevilla y se lleve a cabo el mismo de manera ajustada a las necesidades actuales y previsibles para el futuro,*

de forma que se puedan satisfacer a la mayor brevedad las solicitudes que permanecen en lista de espera”.

En dicha resolución reflexionábamos ampliamente sobre el derecho a la protección social, así como en cuanto al incremento de las plazas de los dispositivos residenciales. Algunas cosas sin embargo han cambiado sustancialmente desde entonces.

I.- La configuración del derecho a la protección social como derecho subjetivo.

Y es que frente a nuestros intentos de hacer valer los derechos de los enfermos mentales a los que habían recomendado una alternativa residencial desde los servicios de salud mental, la Administración venía oponiendo que las prestaciones que consideramos tenían carácter social, y por lo tanto, y a diferencia de las sanitarias, no eran universales y gratuitas, lo que obligaba al establecimiento de criterios para la priorización de los casos que presentaban mayor necesidad y adecuación al perfil de las plazas.

En definitiva trataban de justificarse las listas de espera para el acceso a las prestaciones, que estaba en función de la disponibilidad de las plazas, mientras que la dotación de las mismas se realizaba dependiendo de lo presupuestado conforme a un criterio asistencialista.

Nuestro discurso discurría entonces en torno a la naturaleza jurídica de los denominados derechos sociales, la especial vinculación que en este caso las prestaciones sociales tenían con el ámbito sanitario, y los déficits que observábamos en el procedimiento de adjudicación de las plazas.

Así entendíamos que se podía discutir su configuración como auténticos derechos, dada la débil protección jurídica con la que aparecen en la Constitución, dentro de los denominados Principios rectores de la Política Social y Económica, y que tampoco se recogían como tales en la Ley 2/88, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía, que se dedica fundamentalmente a efectuar declaraciones de intenciones, fijación de objetivos, y asunción de una serie de principios básicos inspiradores de su actuación.

Pero sí considerábamos que se dibujaba un derecho genérico a una protección social en abstracto, que podría tener distinto alcance en función de los recursos que se destinaran a la misma, pero que al menos habría de tener un contenido mínimo que justificara su existencia. A partir de ahí llegábamos a apreciar que la falta de concordancia entre la necesidad acreditada de los aspirantes a plaza en los distintos dispositivos residenciales, una vez que había sido determinada por los profesionales que les venían atendiendo, y la imposibilidad de acceso a la misma, obedecía en la mayor parte de los casos exclusivamente a la aplicación de los citados criterios de priorización, los cuales sin lugar a dudas introducían un elemento de racionalización a la hora de la asignación de aquéllas, pero que no podíamos entender referido a una natural limitación de los medios cuando tras la aplicación de los baremos las solicitudes obtenían unas puntuaciones muy elevadas, pues en estos casos lo que se revelaba era una absoluta insuficiencia de los instrumentos que la Administración pone al servicio de la satisfacción del derecho a la protección social de los ciudadanos, hasta el punto de que situaciones que se manifiestan gravísimas en virtud de la puntuación obtenida, permanecían desasistidas.

Por lo que hace al procedimiento de adjudicación de las plazas de Faisem, tras la evaluación de los candidatos desde la unidad de rehabilitación de área, asignando la

puntuación correspondiente conforme a los criterios preestablecidos, procedía la derivación a Faisem y la consideración en la comisión residencial, que las adscribía a quienes tenían un perfil más acorde.

Estar en la lista de espera no significaba tener plaza, pero es que además pensábamos que la misma denominación "*lista de espera*" era impropia, y contribuía a provocar la confusión y el desconcierto en los pacientes y sus familiares, pues al fin y al cabo aquélla evoca un proceso que posee una determinada secuencia lógica (normalmente el orden de antigüedad combinado con criterios de urgencia), siguiendo la cual se llega indefectiblemente al fin esperado, y sin embargo esta característica no resultaba predicable de la lista de espera para acceder al programa residencial de Faisem, pues la inclusión en la referida lista no garantizaba una plaza en mayor o menor tiempo, sino que exclusivamente permitía posicionar al paciente en una situación de expectativa, o disponibilidad para ser candidato que podía llegar a concretarse en una plaza o podía ser que nunca se accediera a la misma si a la hora de la propuesta de la comisión referida, siempre se consideraba que existían otros aspirantes en situación de mayor necesidad, o con mejor ajuste al perfil.

El panorama así dibujado ha cambiado de manera radical con la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, pues la misma ha configurado una nueva modalidad de protección social que se caracteriza por el reconocimiento de un verdadero derecho subjetivo, fundamentado en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad.

Nos encontramos por tanto con el reconocimiento por parte del Ordenamiento Jurídico de un poder con efectos jurídicos y protección jurisdiccional a las personas, que en este caso es de carácter público, puesto que se ostenta frente a las Administraciones, y se concreta en el derecho a obtener una prestación de servicio público, que se acompaña de las acciones para demandar de los órganos judiciales la protección del ejercicio de las facultades del titular.

Según señala la Exposición de Motivos de la Ley referida, la necesidad de garantizar a los ciudadanos un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia, ha llevado al Estado a intervenir en este ámbito, configurando una nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora del Estado y del Sistema de la Seguridad Social, promoviendo y dotando los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantistas y plenamente universales.

En este sentido el reconocimiento de un ciudadano como dependiente, y la determinación de la prestación económica o servicio que se estima más adecuado a su situación, atendiendo a su grado y nivel reconocidos, por medio de su plan individualizado de atención, debe llevar consigo la concreción de su derecho a través del acceso a aquellos. Es la situación de dependencia del ciudadano y las circunstancias que le rodean las que se tienen en cuenta por los profesionales de los servicios sociales comunitarios para elaborar la propuesta de PIA con la alternativa más ajustada.

Pues bien con la aplicación de esta ley se ha modificado parcialmente el procedimiento de acceso a los recursos residenciales de Faisem, que ahora se instrumenta por la vía del reconocimiento de la condición de dependiente y la elaboración del PIA correspondiente, con la lógica colaboración de los profesionales de salud mental a la hora

de determinar desde un punto de vista técnico la idoneidad de los recursos para los concretos solicitantes.

Una vez realizada la propuesta, pervive el análisis de cada caso por la comisión provincial intersectorial que supervisa el ajuste del solicitante al perfil y determina la adjudicación de las plazas. Ahora bien dejando a un lado su indispensable aportación técnica, la escasez de plazas a las que nos venimos refiriendo conlleva que la labor de la comisión no haya cambiado en cuanto a la introducción de criterios de priorización y la asignación de las vacantes en función de los mismos, con lo que los candidatos pueden ver cómo sus solicitudes se analizan de comisión en comisión perdiendo del acceso a las plazas durante años, teniendo que conformarse con otras opciones asistenciales, o bien alternativas temporales que no resuelven la situación.

Lo que queremos poner de manifiesto es que el cambio en la naturaleza jurídica de las prestaciones, y la configuración de las mismas como derecho subjetivo de las personas dependientes a las que se les recomiende la opción residencial en el PIA, no se vislumbra en el acceso a las plazas del programa residencial de Faisem, que se desarrolla en parámetros similares a los anteriores a la entrada en vigor de la Ley, con la agravante añadida de que se ha ralentizado significativamente la dotación de plazas nuevas, lo que junto al escaso índice de rotación en las mismas, lleva a manejar niveles de adjudicaciones de plazas, y por lo tanto de nuevas incorporaciones al programa residencial, que en ocasiones rozan lo anecdótico.

II.- La situación del programa residencial

Ciertamente la dotación de plazas en el programa residencial no ha dejado nunca de crecer, no podemos dejar de valorar si embargo que justo desde que se produce la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, y coincidiendo con el inicio de la crisis económica, dicho crecimiento es sustancialmente menor que el que venía generándose en años anteriores.

La propia Faisem a la hora de hablar del desarrollo de los recursos alude a la sucesión de distintas etapas, ocasionándose el mayor empuje en la creación de dispositivos residenciales en el período que va desde 2004 hasta 2008, en el cual tanto las correspondientes a casas hogar, como las propias de viviendas supervisadas, casi se duplican; mientras que la fase más reciente, que va desde el 2009 hasta el 2011, y aparece ligada al nuevo Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, *“el incremento se ve coyunturalmente enlentecido por los efectos inevitables de la crisis económica”*.

A pesar del balance positivo que la propia Fundación realiza de sus veinte años de existencia (*“Soportes para la Ciudadanía: Los programas de apoyo social a personas con trastornos mentales graves en Andalucía”*), se cuestiona sobre la existencia de déficit de cobertura, teniendo en cuenta la existencia de personas en espera de acceder a alguno de los recursos residenciales, a pesar de lo cual concluye que el grupo que se integra por las personas con mayores niveles de discapacidad y dependencia, está siendo atendido en su mayor parte, especialmente en las casas hogar.

Desconociendo el porcentaje que para la Administración representa esa mayor parte, y teniendo en cuenta que se alude a la falta de criterios válidos y fiables para llevar a cabo una estimación objetiva del número de personas que necesitan atención; por nuestra parte pensamos que sí es posible conocer el número de personas reconocidas como

dependientes que tienen una propuesta de PIA para casa hogar de Faisem, y el tiempo que llevan en esta situación sin que la resolución definitiva del procedimiento se emita.

Y es que la realidad cotidiana del funcionamiento de esta Institución está poniendo de manifiesto estas situaciones y es nuestro deber llamar la atención sobre las mismas.

En todo caso entre las grandes líneas de diseño de los programas de apoyo social para los próximos años confluyen al mismo tiempo la continuación del desarrollo de la red y la ampliación de su cobertura, con la necesidad de garantizar la sostenibilidad del sistema.

En el paisaje que dibuja la crisis económica para con la asignación y utilización de los recursos públicos, esta Institución también se replantea su propia función, entendiendo que si bien siempre hemos intentado recomendar o sugerir medidas que pudieran ser asumibles por la Administración en el marco organizativo, ello no ha impedido que, con un criterio que entendemos absolutamente discreto, hayamos demandado en algunos casos particulares, y en ocasiones con carácter general, el incremento de los medios que se ponen al servicio de la satisfacción de los derechos de los ciudadanos.

Por eso aún conscientes de la situación actual, y dado el reforzamiento que de estos derechos se ha producido por las razones anteriormente expuestas, hasta el punto de configurarse hoy en día como auténticos derechos subjetivos, y puesto que estimamos que la realidad pone de manifiesto que existen los déficits de cobertura a los que también aludíamos más arriba, y no solo en relación con determinados grupos de personas que revisten circunstancias especiales, sino con algunas que presentan los niveles de discapacidad y dependencia más elevados; en el ejercicio de la función reivindicativa de esta Institución para la defensa de los derechos de los colectivos más vulnerables, demandamos de esa Administración el incremento de las plazas del programa residencial, en concreto en el apartado de casas hogar, para que se pueda dar satisfacción a las necesidades de estos enfermos, así como que en concreto se materialice el derecho a plaza en casa hogar relativo a la hija de la interesada en esta queja.

A la vista de todo ello formulamos la siguiente **Sugerencia** a la Consejería de Igualdad y Bienestar Social:

“Que se promueva la ampliación sucesiva de las plazas del programa residencial de Faisem en su modalidad de Casa Hogar, a fin de poder atender las necesidades de las personas afectadas por enfermedad mental a las que tras ser reconocidas como dependientes, se ha elaborado una propuesta de PIA para esta modalidad de recurso de apoyo social.

Que se resuelva definitivamente el PIA de la hija de la interesada con adjudicación de plaza en casa hogar de Faisem a la mayor brevedad”.

Otro caso ilustrativo lo tenemos en el expediente de **queja 12/1510** en la que el interesado nos exponía que si bien su hijo tenía reconocida una dependencia severa, la administración no había aprobado el recurso o prestación que como tal habría de corresponderle, ya que le había sido reconocida una dependencia severa de grado II, nivel 1

por resolución de Diciembre de 2010 de la Delegada Provincial para la Igualdad y Bienestar Social de Granada.

Requerida la emisión del preceptivo informe a la citada Delegación Provincial, nos fue remitido por el Departamento de Coordinación de la Dependencia del Servicio de Valoración, dependiente de la primera, en el que se relacionaban las diversas actuaciones realizadas en el expediente del afectado y de las que resultaba, en conclusión, la pendencia del procedimiento.

De la relación cronológica de las actuaciones del procedimiento, resultó que la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia se formalizó en Junio de 2010, es en enero de 2011 cuando se dicta la resolución de grado y nivel anteriormente indicada, y en Abril de 2011 el recibimiento en la Delegación Provincial de la propuesta del Programa Individual de Atención, consistente en la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, como primera y única modalidad de intervención, a cargo de la madre del dependiente.

A pesar de lo anterior, expresa el informe que *“al tratarse a priori de un caso de Salud Mental no se valida, se deja en estudio hasta conocer si la patología que predomina es una Enfermedad Mental, y si debiera entonces, tratarse o valorarse el caso a la Comisión Provincial de Coordinación Intersectorial”* (sic).

Desde Abril de 2011 hasta Abril de 2012, el expediente permanece en trance del citado estudio hasta finalmente ser sometido el caso a la Comisión Provincial de Coordinación Intersectorial, en la que se acordó que no tratándose de un caso de trastorno mental grave, fuera el Servicio de Valoración de la dependencia el que lo resolviera.

Tras lo anterior, el Departamento de Coordinación de la dependencia, acordó tramitar la aprobación de la propuesta inicial de los Servicios Sociales Comunitarios, es decir, de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

Dado traslado del referido informe al reclamante, corroboró el mismo su contenido, destacando que aunque le había sido requerida documentación adicional, continuaba sin concluirse el expediente, persistiendo, por tanto, la pretensión que motivó la interposición de la presente queja.

Partiendo de las bases precedentes, en el caso que nos ocupa concurren diversas disfunciones e irregularidades en la actuación de la administración, todas ellas causantes de un perjuicio evidente al administrado dependiente.

1º.- Sobre el plazo de tramitación del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema:

Conforme al artículo 18 de la Ley 39/2006, el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema, -que se iniciará a instancia de la persona interesada-, se ajustará en su tramitación a las previsiones establecidas en la Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, con las especificidades que resulten de la propia Ley 39/2006, entre las que se encuentra la que preceptúa que «el plazo máximo, entre la fecha de entrada de la solicitud y la de resolución de reconocimiento de la prestación de dependencia será de seis meses, independientemente de que la

Administración Competente haya establecido un procedimiento diferenciado para el reconocimiento de la situación de dependencia y el de prestaciones» (artículo 18.1 y apartado segundo de la disposición final primera, -esta última conforme a la modificación operada en su redacción por el Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de Mayo, en vigor desde el 1 de Junio de 2010-).

El interesado en la presente queja, -tal y como recoge el informe remitido por la reclamada-, solicitó el reconocimiento de la situación de dependencia el 11 de Junio de 2010, que le fue reconocida por resolución de 5 de enero de 2011, recibándose la propuesta de PIA en la Delegación de Bienestar Social de Granada el 7 de Abril de del pasado año, siendo así que en el mes de julio de 2012 aún no se había dictado la resolución que determinara la prestación considerada como idónea para la atención de su dependencia.

Dejando a un lado la controversia jurídica relativa a las consecuencias a favor del administrado, que habrían de derivarse de este funcionamiento anormal de la Administración, -que causa al afectado, sin lugar a dudas, un evidente perjuicio, al impedirle acceder en plazo a los beneficios legalmente previstos para su estado y situación-, es lo cierto que la disfunción administrativa vulnera la normativa estatal y autonómica de aplicación, tanto por lo que se refiere a los principios rectores del funcionamiento de la Administración en general, como a los que inspiran la normativa reguladora de las personas en situación de dependencia en particular.

Resultan infringidas por la actuación administrativa expuesta las normas que de ordinario señalamos en los expedientes de dependencia, con independencia de que intervenga o no patología mental (art. 31 del Estatuto de Autonomía de Andalucía, el art. 5.1.d) de la Ley 9/2007, de 22 de Octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, que consagra el principio de buena administración, que comprende el derecho de los ciudadanos a que sus asuntos sean resueltos en un plazo razonable; art. 42, en sus párrafos 2 y 3, de la Ley 30/1992, de 26 de Noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y de Procedimiento Administrativo Común dispone que la resolución de los procedimientos deberá notificarse a los ciudadanos en plazo; la Disposición Final Primera de la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y 15.2 y 18.3 del Decreto 168/2007, de 12 de Junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, según el cual el plazo máximo para resolver las solicitudes de reconocimiento de la condición de dependiente es de tres meses, que se computarán a partir de la fecha de entrada de la solicitud en el registro de los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento en el que resida el solicitante; y asimismo es de tres meses el plazo máximo para la aprobación y notificación a la persona interesada o a sus representantes legales del programa individual de atención, computados desde la fecha de recepción de la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia por los Servicios Sociales Comunitarios correspondientes -con salvedades, que no concurren en el caso presente-).

2º.- Sobre las actuaciones practicadas por la administración en el procedimiento para el reconocimiento de la prestación o recurso del sistema correspondiente al dependiente y las consecuencias que de dicha actuación administrativa se derivan:

La Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, regula en su artículo 14 las prestaciones de atención a la dependencia, estableciendo que dichas prestaciones «podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria».

Asimismo, reseña el carácter prioritario de los servicios del catálogo, la aplicación subsidiaria de la prestación económica vinculada a los mismos y, finalmente, la excepcionalidad de que el beneficiario, cuando así lo establezca su Programa Individual de Atención, reciba la denominada prestación económica para cuidados en el entorno familiar, es decir, para ser atendido por un cuidador no profesional, que requiere que concurren las adecuadas condiciones de convivencia, (que el dependiente esté siendo atendido por su entorno familiar) y de habitabilidad de la vivienda (artículo 14.4 en relación con el artículo 18.1 de la Ley 39/2006).

Por su parte, el artículo 29 especifica que serán los servicios sociales correspondientes del sistema público los que establezcan el programa individual de atención del dependiente, en el que se determinen las modalidades de intervención más adecuadas a las necesidades de aquel, de entre los servicios y prestaciones económicos previstos en la resolución de grado, participando los interesados en dicha determinación, si bien, añadiendo que «la determinación de la prestación económica por cuidados en el entorno familiar corresponderá a la Administración competente, a propuesta de los servicios sociales».

Pues bien, en el supuesto del afectado en esta queja, los Servicios Sociales Comunitarios elaboraron la propuesta de su programa individual de atención (PIA), considerando como recurso más idóneo en su caso, que propusieron como primera y única modalidad de intervención, el de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, siendo cuidadora principal la madre del afectado.

De dicha propuesta dieron traslado a la Delegación de Bienestar Social que, como se ha señalado con anterioridad, la recibió en Abril de 2011. Sin embargo, como el informe de la administración explica, la Delegación decidió no validar la propuesta, estimando que era preciso valorar el caso del dependiente en la Comisión Provincial de Coordinación Intersectorial, para determinar la procedencia de otro recurso, si predominara en el dependiente la enfermedad mental.

El estudio del expediente con la finalidad indicada, ha alcanzado desde Abril de 2011 hasta Abril de 2012, en que se realizaron las siguientes actuaciones:

- En Abril de 2011 se formuló consulta al Centro de Valoración y Orientación sobre las patologías afectantes al dependiente y sobre el centro que se estimaba más adecuado para el mismo conforme a las anteriores.

- En Junio siguiente, el Centro de Valoración y Orientación evacuó la respuesta, en el sentido de que el discapacitado *“no reúne requisitos para ser usuario de Centros de Día y/o Residencia para discapacitados Intelectuales, ni Gravemente Afectados Físicos”*, padeciendo *“una alteración de la conducta con trastorno obsesivo y enfermedad mental con trastorno obsesivo compulsivo”*.

- Previas gestiones con el equipo de salud mental que trata al dependiente, se decidió someter el caso a la referida Comisión Provincial.

- En Octubre de 2011 el expediente fue devuelto a los Servicios Sociales Comunitarios para que reflejaran en el diagnóstico social los cambios familiares sufridos (designación del padre como cuidador principal), realizándose el nuevo informe social el 18 de Noviembre siguiente.

- El expediente quedó pendiente de sometimiento a la sesión de la Comisión temporalmente más cercana, que tuvo su reunión a finales de Enero de 2012, acordando seguimiento en la del mes de Abril de 2012, resultando que *“aunque presenta un trastorno obsesivo compulsivo grave, no se trata de un caso de trastorno mental grave”*, por lo que quedó pendiente de resolución por el Servicio de Valoración de la Dependencia.

- Por todo ello, el expediente fue finalmente validado con el PIA de prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

Encontramos, en definitiva, que, aún cuando la valoración de la patología del dependiente haya ido dirigida a proporcionar al mismo el recurso más adecuado a la misma y beneficioso conforme a sus necesidades, la tramitación que ha conducido a dicha valoración se ha demorado de forma excesiva, dejando entretanto al afectado sin cobertura de prestación o recurso de tipo alguno, es decir, dejando en suspenso de forma discrecional el beneficio que habría de haber disfrutado en plazo, durante al menos un año y medio, puesto que en el mes de julio aún no había sido aprobado el PIA.

De este modo, consideramos que, si la valoración del recurso más idóneo en la Comisión no puede efectuarse de forma ágil y eficaz (por la periodicidad espaciada de las sesiones o por cualesquiera otras razones), la administración debe proveer al dependiente, siquiera sea de forma transitoria, de un recurso o prestación, que bien podría haber sido la prestación económica para cuidados en el entorno familiar que se propuso inicialmente en el PIA por los Servicios Sociales Comunitarios. Máxime cuando, tras trámites y vueltas del expediente, fue esta prestación inicialmente propuesta, la finalmente adoptada por la Delegación como recurso más idóneo.

Concorre además el agravante de que cuando proceda aprobar definitivamente la prestación económica, el interesado, merced a la demora administrativa, habrá perdido las ventajas precedentes, al haber entrado en vigor las medidas restrictivas adoptadas por el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de Julio, a saber, pérdida de efectos retroactivos de la prestación, plazo suspensivo máximo de dos años en el comienzo de la percepción, minoración cuantitativa, etc.

Se derivan indudablemente de la demora administrativa, consecuencias perjudiciales para el dependiente que, por la coyuntura económica, exceden de las ordinarias en los términos expuestos.

En todo caso, constatábamos que la excesiva demora en la tramitación del procedimiento lo cual obligaba a la Administración a poner término al procedimiento de dependencia sin dilación.

El artículo 17.2 de la Ley 6/1983, de 1 de Diciembre, del Defensor del Pueblo Andaluz, ordena que esta Institución vele para que la Administración autonómica resuelva, en tiempo y forma, cuantos recursos le hayan sido planteados.

A la vista de todo ello, previo el correspondiente Recordatorio de los preceptos legales vulnerados, procedimos a formular a la Delegación Territorial de Salud y Bienestar Social la siguiente **Recomendación**:

“1.- Que sin dilación se ponga término al procedimiento de dependencia.

2.- Que cuando se someta a la Comisión Provincial de Coordinación Intersectorial la asignación del recurso idóneo aplicable a quienes padezcan enfermedad mental, se respete el plazo de resolución del procedimiento de dependencia legalmente establecido, sin que el trámite de valoración retrase el plazo de resolución del Programa Individual de Atención”.

Recomendaciones pendientes de respuesta al cierre del presente informe.

2. 1. 4. Urgencias y Emergencias.

Traemos aquí un supuesto que nos permite advertir cómo a pesar de una completa regulación de una determinada actividad asistencial (con un proceso asistencial integrado y un plan específico al cuadro patológico y un plan funcional del servicio clínico – en el caso un servicio de urgencias hospitalario -), la práctica clínica del día a día resulta a veces ajena a dichos parámetros y previsiones.

Así en el expediente de **queja 11/2841** la interesada denunciaba las condiciones en las que se desarrolló la asistencia proporcionada a su padre en un servicio de urgencias hospitalario.

Afectado de un cáncer de páncreas en estado terminal, venía recibiendo cuidados paliativos en su domicilio por parte de su centro de atención primaria y una unidad de CUDECA, hasta que la presencia de una hemorragia interna sangrante abierta, hizo que los profesionales aconsejaran a los familiares el traslado al hospital.

Organizado el mismo y acordado con especialista del servicio de oncología su ingreso hospitalario para que recibiera la atención adecuada en el momento de su fallecimiento, se vio obligado a discurrir por los cauces y protocolos convencionales del servicio de urgencias hospitalario, donde se demoró su clasificación, su ingreso en el área de observación, y su traslado a otro centro sanitario, en el que definitivamente murió al día siguiente.

Señalaba que los cuidados proporcionados en el domicilio, y el mimo y atención dispensada tanto por los profesionales. como por la familia, en los cinco meses que sobrevivió al diagnóstico, fueron arruinados desde el momento en que el enfermo cruzó el umbral del servicio de urgencias hospitalario, en el que pasó las peores 27 horas de su enfermedad: *“Es triste decir que después de cinco meses muy enfermo, mi padre pasara 27 horas horribles en ese hospital, donde se supone que lo trajimos para que tuviese el bienestar que le correspondía en esos momentos y muriese tranquilito y en paz”.*

Así, nada más llegar, la interesada manifiesta que requirió dar aviso a la doctora que debía recepcionar al paciente, pero que recibió como respuesta que debía esperar a que el paciente fuera clasificado, para lo cual se invirtió una hora y media, que aquel pasó en camilla, manchado en sangre hemorrágica y heces sin que nadie lo aseara ni atendiera. Cuando lo reconoció el doctor, fueron informados de que la doctora había finalizado su turno, pero que ante la falta de camas en dicho hospital había dispuesto su traslado a otro hospital (concertado), donde les dijeron que había una reservada esperándole.

Con posterioridad les avisaron que la ambulancia iba a tardar “*porque viene de camino y ha existido algún problema*”, y así transcurrió toda la tarde hasta que sobre las 21:00 horas les advirtieron que pasaría la noche allí, siendo trasladado una hora más tarde a la unidad de observación, en la que a pesar de los ruegos realizados en tal sentido, no les permitieron que un familiar permaneciera acompañándole.

A todo esto, al preguntar por el traslado al otro hospital se limitaron a decirles que la cama “*se ha extraviado*”, pero al día siguiente por fin lo llevaron a dicho centro, donde falleció en el curso del día.

La interesada señala que la noche que su padre pasó en observación de urgencias fue la última que estuvo consciente, pues el estado en que llegó al segundo hospital les obligó a iniciar la sedación, de manera que sus últimas horas de vida las pasó solo y asustado, vulnerándose todos los derechos que en el proceso de muerte se reconoce por la normativa vigente.

El informe del hospital indica que el paciente tardó una hora y treinta minutos en ser clasificado desde su llegada al hospital, incumpléndose los tiempos establecidos en el circuito específico diseñado para los pacientes que son trasladados por dispositivos de cuidados críticos y urgencias o servicios de emergencia, al parecer porque no se llevó a cabo la transferencia prevista en estos casos (verbal y escrita) por parte de dichos profesionales.

En segundo lugar se dice que la especialista que había sido avisada de la llegada del paciente cumplió con el protocolo, esperando ser llamada por el médico de urgencias, para lo cual era preciso proceder previamente a la clasificación, puesto que solamente este último, (y no el personal no facultativo) puede contactar directamente con los facultativos especialistas.

Añaden que el día de los hechos relatados por la interesada se dio una importante sobrecarga asistencial en la franja horaria de llegada, y que en este estado de cosas se priorizó la atención al estado clínico de su padre, respecto de su higiene, que dentro de su importancia, era una necesidad de carácter secundario.

Por lo visto tras la clasificación se avisó a la doctora, la cual había terminado su turno, acudiendo el doctor, y después no se añade más que los protocolos de intervención son comunes para evitar la variabilidad en la atención y evitar favoritismos, y que aunque se esfuerzan por garantizar una muerte digna, ello no siempre es posible porque carecen de los medios adecuados para ello, cifrando en los términos de la ley (Ley 2/2010 de 8 de Abril, de derechos y garantía de la dignidad de la persona en el proceso de muerte), exclusivamente un punto de partida para poner en marcha los mecanismos necesarios que permitan cumplir sus previsiones. En concreto se alude a la carencia de espacios para

poder terminar el proceso de la vida dignamente, sin dolor, y acompañado de los familiares y allegados.

Por último se reconoce la labor de asociaciones como CUDECA, pero se destaca el posible desconocimiento por parte de sus profesionales, de la situación de las urgencias, advirtiendo a los pacientes y familiares de que no son los sitios más adecuados para morir, aunque se plantea ponerse en contacto con sus responsables para tratar de solventar estas situaciones.

La atención de cuidados paliativos ha ido ganando en consideración en el marco de la estrategia sanitaria a partir del incremento de la expectativa de vida de la población y a los avances científicos que han permitido aumentar la supervivencia en determinadas enfermedades.

Hasta tal punto se quiere poner el acento sobre este ámbito de actuación del Sistema Sanitario Público Andaluz, que el propio Estatuto de Autonomía de Andalucía (Art. 22) recoge el acceso a los cuidados paliativos como un derecho en materia de salud, en el marco del derecho constitucional previsto en el art. 43 de la Constitución Española.

Con esta premisa la Administración Sanitaria Andaluza ha elaborado un Plan de Cuidados Paliativos y previamente hizo lo propio con un Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos.

A través de los mismos se trata de *“facilitar una atención integral que responda de manera efectiva a las múltiples necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que presentan las personas en situación terminal y sus familias, procurando una mayor dignidad y calidad de vida en el último período vital”*.

A este objetivo se dedican diversos recursos entre los que figuran desde los medios convencionales de atención primaria y hospitalaria, a los medios específicos conformados por las unidades de cuidados paliativos, y unidades de soporte de cuidados paliativos, así como los medios de atención urgente, siendo proveídos desde el SAS, y el resto de entidades sanitarias que se integran en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, así como desde otras instituciones (AECC, CUDECA y OH San Juan de Dios), a través de convenios.

La atención paliativa a enfermos terminales se incluye, casi con la misma redacción, en las carteras de servicios comunes de atención primaria y especializada, según determina el R.D. 1030/2006, de 15 de Septiembre, sobre cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Se refiere en ambos apartados que esta atención *“especialmente humanizada y personalizada, se presta en el domicilio del paciente o en el centro sanitario si fuera preciso, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros recursos y de acuerdo con los protocolos establecidos por el correspondiente servicio de salud”*.

De esta manera se prevé la inclusión en el proceso tras la práctica de una valoración integral por los servicios sanitarios convencionales, que se sucede de un plan inicial de atención, y la posibilidad de que la complejidad de la situación del enfermo haga precisa la intervención de los equipos avanzados de atención, que determinarán el plan terapéutico, y a los que corresponde decidir sobre la permanencia en el domicilio, el acceso

al hospital de día, el ingreso hospitalario en servicio convencional con apoyo por equipo de soporte de cuidados paliativos, o la atención en unidad de cuidados paliativos.

Pues bien, si nos atenemos al discurso de la interesada, su padre venía siendo debidamente atendido desde su dispositivo de atención primaria y el equipo de soporte de cuidados paliativos de la entidad conveniada Cudeca. Aunque desconocemos si se siguieron los pasos anteriormente relatados para la intervención de este último, pues la interesada alude a su participación en virtud de su propia iniciativa, lo cierto es que su mera intervención hace suponer la existencia de una situación de complejidad definida en el estado del paciente, que venía resolviéndose satisfactoriamente, con las lógicas incidencias derivadas de la evolución de la enfermedad.

A pesar de que el hospital cuestionaba el conocimiento por parte de Cudeca de la situación de las urgencias, y la conveniencia de recomendar el ingreso hospitalario con el único fin de que el fallecimiento se produzca en dicho medio, la cierto es que el consejo no proviene exclusivamente de Cudeca, sino del equipo de atención primaria correspondiente al paciente, y por otro, que el objetivo último estaba muy lejos de que el fallecimiento se produjera en urgencias, sino que se pretendía el acceso del paciente a una cama hospitalaria, seguramente por los contactos establecidos con la facultativa, quizás en el servicio de oncología.

El paciente había sido diagnosticado con hemorragia interna sangrante abierta, y en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos, la hemorragia masiva se considera como una situación de urgencia, *“complicación que con frecuencia conduce a la muerte, ocasionando un gran impacto en los familiares y el enfermo”*.

Para promover la recepción del paciente en el hospital, desde Cudeca se pusieron en contacto con la especialista, la cual habría de *“rescatarlo”* del servicio de urgencias. Sin embargo al llegar al hospital en un medio de transporte sanitario, no se cumplimenta el circuito específico establecido en estos casos, que habría conducido a la clasificación del paciente en un plazo inferior a quince minutos, sino que se tarda más de hora y media en atenderlo el facultativo correspondiente.

Para esta situación no existe más justificación que una mala transferencia de los profesionales de los servicios de urgencia o emergencia que lo trasladaron, por lo que debemos suponer que no se cumplimentaron las formalidades verbales y escritas que son preceptivas.

Ahora bien, en todo caso era posible conocer que el paciente había sido llevado al centro por dichos medios, y sobre todo en el triaje debió ponerse de manifiesto esta circunstancia, y fundamentalmente debió advertirse la situación de extrema gravedad del enfermo, y clasificarle en el nivel de prioridad ajustado a la misma (desconocemos cuál fue la clasificación), que llevara consigo una atención en consulta dentro de los tiempos establecidos como máximo en el Plan Funcional de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalarios.

Se dice en el informe que tras la clasificación *“se activó rápidamente el recurso médico necesario”*, comunicando la petición de la familia de localizar a la doctora, pero si se activó desde luego dicho recurso no se llegó a disponer.

Como venimos diciendo la intención era internar al paciente en planta de hospitalización, pero por lo visto la especialista, ante la inexistencia de camas, optó por acordar el traslado del paciente a otro hospital, el cual tampoco pudo concretarse hasta bien entrado el día siguiente, de manera que el enfermo permaneció en las mismas condiciones, con visitas ocasionales del segundo doctor, hasta que se decidió su ingreso en observación, que no se llevó a cabo hasta las 22:00 horas.

En este punto nos preguntamos por qué la ya referida doctora accedió al desplazamiento del paciente al hospital si no había disponibilidad de camas, y en su caso, si la solución pasaba por ingresarlo en el segundo hospital, por qué no se le derivó allí directamente, lo que hubiera evitado los inconvenientes de la experiencia hospitalaria que constituyen el objeto de esta queja.

Por otro lado según el mapa de recursos de cuidados paliativos que se recoge en el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012, dicho hospital dispone de una unidad de cuidados paliativos (UCP), destinada a prestar atención en régimen de hospitalización a pacientes en situación terminal de enfermedad oncológica o no oncológica, por lo que tampoco se indica si era esta unidad la que estaba completa, o si se trataba del área de hospitalización específicamente asignada al servicio donde se pretendió el ingreso.

El itinerario de los acontecimientos pone de manifiesto que en absoluto se cumplió el objetivo específico referido en dicho Plan de mantener la continuidad asistencial, pero principalmente se evidencia que el plan de atención entre los recursos avanzados, los de atención urgente, y los residenciales de media y larga estancia que se configura como el presupuesto de dicho objetivo, ni siquiera existe.

La ausencia de un mecanismo preestablecido de coordinación es manifiesta, y se revela incluso en el informe que emite la coordinadora de urgencias y que se acompaña a la respuesta del hospital. Y es que no basta con que exista un circuito preferente en urgencias para pacientes trasladados por DCCU o dispositivos de emergencia, los cuales pueden coincidir o no con los pacientes terminales que estamos considerando, que están en tratamiento de cuidados paliativos. Se echa de menos una estrategia diseñada para favorecer el acceso de estos pacientes al ingreso hospitalario, cuando los recursos convencionales o avanzados que los vienen asistiendo en el ámbito domiciliario, lo estiman necesario.

El propio Plan Andaluz de Cuidados Paliativos dispone que cuando se precise la hospitalización de un paciente en situación terminal atendido en el domicilio, ésta se facilitará desde la UCP cuando exista, o en camas de servicios hospitalarios convencionales, *“mediante un procedimiento previamente establecido al margen del circuito de atención de urgencias y emergencias”*.

Se supone que el equipo de soporte de Cudeca trabaja en coordinación con la unidad de cuidados paliativos del hospital, y sin embargo el único método para tramitar el desplazamiento e ingreso del paciente en la unidad correspondiente, es el contacto personalizado con una especialista del centro, la cual lógicamente se marcha cuando termina su turno, y además al parecer compromete una cama que, con responsabilidad o no de la misma, se demuestra indisponible.

Llama la atención, como decimos el escrito de la supervisora de urgencias, que resulta expresivo de la manera habitual en la que se suceden los acontecimientos en

urgencias, condicionados a la sobrecarga asistencial, al criterio del personal de turno y del día en cuestión, y en definitiva a la casuística del momento, reclamando valientemente de la Administración los medios para poder garantizar los derechos de los usuarios.

Por otro lado en la acción tendente a consolidar el modelo de atención compartida definido en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos, el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos también incluye la de garantizar en los servicios de urgencia hospitalarios las condiciones de confortabilidad y priorización que precisen el paciente y su familia en esa situación.

Esta mención nos introduce en la otra cuestión susceptible de analizar en este supuesto, pues al Proceso Asistencial referido, y al subsiguiente Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, se han venido a añadir con posterioridad las prescripciones de la Ley 2/2010, de 8 de Abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

La norma mencionada se justifica en la protección de la dignidad de la persona en el proceso de su muerte, y la garantía de la autonomía de los pacientes y el respeto a su voluntad, incluyendo la manifestada de forma anticipada mediante testamento vital. Recoge los deberes del personal sanitario que atiende a estos pacientes y las garantías que las instituciones sanitarias están obligadas a proporcionar.

Así contempla medidas específicamente relacionadas con la información, el consentimiento, la toma de decisiones, los cuidados paliativos, el tratamiento del dolor, la intimidad personal y familiar y el acompañamiento.

En concreto la interesada se lamentaba amargamente de que las últimas horas de conciencia de su padre discurrieran en soledad, la noche que pasó en el área de observación de urgencias del centro hospitalario, tras la negativa tajante de los responsables de aquella, a permitir el acompañamiento de algún familiar.

El derecho al acompañamiento del paciente, siempre que la asistencia se preste en régimen de internamiento en un centro sanitario, se sujeta a la compatibilidad con el conjunto de medidas sanitarias necesarias para ofrecer una atención de calidad a los pacientes (art. 16 y 23).

Ahora bien la sobrecarga asistencial o la escasez de espacios no pueden esgrimirse genéricamente para impedir el ejercicio de un derecho que resulta perfectamente exigible, y no puede ser entendido como reseña el informe de ese centro, como un mero desideratum al que se debe aspirar, u objetivo que presida la obligada adscripción de medios. De esta manera las limitaciones para su ejercicio deben ser absolutamente excepcionales .

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.

En definitiva, concluíamos finalmente que no se apreciaba la existencia de una estrategia planificada de coordinación de los distintos dispositivos que intervienen en

cuidados paliativos, principalmente a la hora de articular el ingreso hospitalario de los que vienen siendo atendidos en domicilio, cuando se estima oportuno por los profesionales que le asisten, sino que la cuestión se supedita al establecimiento de contactos personales, que se resuelven en un sentido u otro en función de las circunstancias.

Por otro lado, y con independencia del circuito establecido para pacientes que son llevados a urgencias por los DCCU o los sistemas de emergencia, nos parece que el funcionamiento de dichos servicios debe dotarse de protocolos que permitan identificar a los pacientes terminales desde su llegada, de manera que cuando los mismos han sido valorados y remitidos desde equipos avanzados de cuidados paliativos, puedan eludir el itinerario habitual de urgencias, bien para la resolución de los episodios de agudización, bien cuando la finalidad del traslado es que el fallecimiento se produzca en el hospital.

En último término pensamos 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, no determina un período transitorio para facilitar la adopción de los medios que permitan la garantía de los derechos que se recogen en la misma, por lo que al margen de la situación material actual de los centros hospitalarios, estos deben facilitar el acompañamiento de los pacientes en el proceso de muerte, de forma que las limitaciones de este derecho por las exigencias de la prestación de asistencia sanitaria, sean absolutamente excepcionales y resulten plenamente justificadas.

Es por eso que teniendo en cuenta los hechos expuestos, los informes emitidos y las consideraciones realizadas, formulamos a la Dirección Gerencia del Hospital **Recordatorio** de deberes legales (art. 10.1 de la Ley 14/86, de 24 de Abril, General de sanidad y art. 16 de la Ley 2/2010, de 8 de Abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el proceso de la muerte) así como la siguiente **Recomendación**:

“1. Que se establezcan mecanismos de coordinación entre los recursos avanzados de cuidados paliativos para garantizar la recepción individualizada de los pacientes terminales en el servicio de urgencias hospitalaria, así como la atención de los episodios de agudización, o el ingreso hospitalario para que el fallecimiento se produzca en este medio, al margen de los itinerarios habituales de funcionamiento del mismo.

2. 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.

3. Que se facilite mayoritariamente el acompañamiento de los pacientes en proceso de muerte en todas las áreas del servicio de urgencia, de manera que las limitaciones del ejercicio de este derecho se justifiquen por circunstancias absolutamente excepcionales, no pudiendo entenderse como tales la habitual sobrecarga asistencial.

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

Recomendaciones aceptadas por el Centro hospitalario, señalándonos en su respuesta que se había dispuesto un grupo de profesionales en orden a implantar los protocolos más convenientes en orden a garantizar dicho derecho.

2. 1. 5. Gestión Administrativa.

Destacamos aquí una práctica administrativa cada vez más cotidiana en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) como es la que acontece con la facturación de la asistencia a los particulares cuando estos, a pesar de disponer de cobertura extramuros de dicho sistema acude al servicio público en demanda de asistencia.

La base de datos de usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía contiene los datos relativos al aseguramiento, permitiendo la acreditación del derecho a la asistencia sanitaria. Siguiendo también los dictados de dicho basamento, es preciso señalar que dicha base de datos puede ser consultada desde todos los centros del SSPA y se actualiza mensualmente.

Partiendo de estas premisas ante cualquier demanda de asistencia sanitaria en cualquier centro de dicho sistema, sea de atención primaria o especializada, resulta obligado consultar en la referida base de datos si el paciente o usuario tiene cobertura sanitaria del sistema. Si esto se hiciera así podría comprobarse en cada caso la existencia del derecho, y en el supuesto de que dicha persona no fuera titular del mismo, habría de advertírsele de dicha circunstancia y del propósito de facturarle la asistencia que se le dispense, para el caso de que continúe accediendo a la misma en estas condiciones.

Nuestra experiencia nos demuestra que esta comprobación no se efectúa con regularidad, como detallaremos en los casos que a continuación exponemos, que últimamente se presentan con más frecuencia de la que sería deseable, y el hecho de que la facturación no se lleva a cabo una vez que se produce la asistencia (por acto médico o quirúrgico), sino al cabo de un período de tiempo dilatado (a veces cuando han pasado varios años), cuando accidentalmente se llega a conocer la falta de cobertura sanitaria del usuario, y generalmente por las cantidades no prescritas.

El art. 9 de la Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía, determina que la Administración de la Junta de Andalucía «garantizará a los ciudadanos información suficiente, adecuada y comprensible sobre sus derechos y deberes respecto de los servicios sanitarios en Andalucía, y sobre los servicios y prestaciones sanitarias disponibles en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, su organización, procedimientos de acceso, uso y disfrute, y demás datos de utilidad».

Pues bien, esta previsión no suele cumplirse, y de este modo no suele advertirse a los usuarios o pacientes de su situación en torno a su derecho de acceso a las prestaciones y servicios de salud individual y colectiva (art. 6.1 a) de la Ley referida), ni con carácter general a los ciudadanos respecto de la funcionalidad de la tarjeta sanitaria individual y las precauciones a adoptar ante su exhibición con título acreditativo del derecho a la asistencia sanitaria.

En este sentido venimos mostrando nuestra discrepancia con este actuar por parte de los centros del Sistema Sanitario Público, de dispensar sin mayor información la prestación sanitaria con la mera presentación de la tarjeta sanitaria individual, sin que se lleve a cabo ninguna comprobación de su derecho a la asistencia sanitaria mediante la

consulta de la base de datos de usuarios del SSPA, a pesar de que se encuentra plenamente accesible en todos ellos, que esta situación se suceda de manera reiterada, y que después se niegue el valor que se ha otorgado a aquella como documento acreditativo de la cobertura, y cuando accidentalmente se conozca que la persona a la que se ha dispensado asistencia carecía de tal derecho (según las reglas de un sistema que no responde a los principios inspiradores del derecho a la protección de la salud en nuestra Constitución), se trate de resarcirse del coste de dicha asistencia mediante la liquidación de dicho gasto y su ejecución por los procedimientos previstos para ello en el caso de las Administraciones Públicas (incluida la vía de apremio).

Buen ejemplo de este actuar lo tenemos en la **queja 11/1594** en la que el interesado denunciaba la falta de información en un centro hospitalario con relación a los servicios a los que accedió, y la improcedente facturación de la asistencia sanitaria que se le ha realizado desde el mismo, por el período que iba desde 2007 hasta finales de 2010.

En el escrito enviado a esta Institución exponía que se encontraba en tratamiento por VIH desde hacía cuatro años en el centro, recibiendo cada cuatro meses la medicación correspondiente, sin que se le pusiera impedimento alguno para la asistencia, que incluía la realización de pruebas complementarias y la recepción de fármacos.

Por su condición de funcionario pertenecía a una compañía privada (DKV) a través de Muface, hasta que en Enero de 2011 se cambió a la asistencia del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Y es que al parecer cuando sospechó que podía ser seropositivo se dirigió directamente al centro hospitalario, ante el que exhibió su tarjeta de la compañía privada, por lo que en el mismo conocían perfectamente su condición de afiliado a Muface sin que le plantearan ningún problema para recibir la atención que precisaba, hasta que aproximadamente un año atrás le enviaron una factura por el importe total del tratamiento y la medicación de todo este tiempo, el cual ascendía a treinta mil euros.

El primer informe emitido por el hospital tras la admisión de la queja a trámite, trae a colación los preceptos de la Ley General de Sanidad que legitiman la figura del paciente privado, o lo que es lo mismo, el usuario que no tiene derecho a la asistencia de los servicios de salud, y la consiguiente repercusión del coste de aquella bien al mismo usuario o bien al tercero obligado al pago, en el caso de que lo hubiere.

En estos casos se explica la forma de proceder del centro una vez que se comprueba el carácter anteriormente aludido, requiriendo al paciente *“la documentación necesaria para la facturación, la autorización de la compañía, el compromiso de pago, la derivación a otros hospitales propios de la compañía privada, y todo lo que sea necesario”*.

En este sentido el centro continúa señalando que el interesado está afiliado a Muface y ha elegido la cobertura de asistencia sanitaria con una compañía privada, habiéndosele reiterado el compromiso de pago por la unidad de cargos a terceros, e informado de las gestiones a realizar ante su compañía, la cual negó la autorización para el seguimiento de su proceso en el hospital, ofreciendo medios propios, tanto para la prestación de la asistencia, como para la provisión de la medicación.

Por su interés a ser tratado en el centro, el interesado se cambió de régimen sanitario en Enero de 2011, pero antes, en Agosto de 2010, se emite liquidación a su

nombre, a la vista de que su compañía no se hace cargo del gasto facturado. Además la reclamación formulada por el interesado ante Muface fue desestimada.

Por nuestra parte, teniendo en cuenta que al decir del interesado no ocultó en ningún momento su condición de afiliado a Muface, quisimos conocer cuándo se le requirió el compromiso de pago, teniendo en cuenta que la asistencia empezó a dispensarse en 2007, y cómo se le proporcionó información sobre su situación respecto de la referida atención sanitaria.

En su segundo informe el hospital nos comunicaba que fue a partir de Junio de 2009, fecha en la que el sistema de información de la unidad de cargos registró el episodio como paciente privado, cuando se requirió al interesado el compromiso de pago, actuación de la que no se conserva documentación, puesto que se tramitó telefónicamente al carecer aquel de domicilio fijo.

La asistencia sanitaria de los mutualistas de Muface que optan por recibirla a través de entidades aseguradoras privadas, se regula fundamentalmente, aparte de por el Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, y el Reglamento General del Mutualismo Administrativo, por las disposiciones del concierto suscrito entre ambas.

En el capítulo 5 del mismo se establecen las prescripciones relativas a la utilización de medios no concertados, que vienen presididos por la norma general de abono sin derecho a reintegro de los gastos ocasionados por la utilización de aquellos por decisión propia o de los familiares, exceptuando exclusivamente de esta regla los casos de urgencia vital y denegación injustificada de asistencia.

El supuesto de urgencia vital resulta equiparable a la excepción de reintegro de los gastos por utilización de medios sanitarios privados por parte de los usuarios del Sistema Sanitario Público, que se contempla en el art. 4.3 del R.D. 1030/2006, de 15 de Septiembre, de cartera de servicios comunes del Sistema nacional de Salud. En ambos casos estamos considerando patologías que provocan un riesgo vital inminente o próximo, o un daño irreparable para la integridad física, de no obtenerse asistencia de inmediato.

Al mismo tiempo se configuran cinco supuestos de denegación injustificada de asistencia, en los que la entidad concertada debería hacerse cargo de los gastos de la asistencia, que en definitiva incluyen los casos en los que aquella no dispone de los medios adecuados según el nivel establecido en el concierto, o bien no autoriza la derivación a un medio no concertado por parte de un facultativo de la entidad aseguradora correspondiente, o no se pronuncia sobre la solicitud efectuada por el mutualista para ser asistido en un medio no concertado, incluyendo los casos en los que ha sido desplazado a uno de ellos a causa de una situación de urgencia que no reviste carácter vital. En todos ellos se establecen los plazos que juegan y los requisitos para hacer efectivas dichas situaciones.

Ciertamente si aplicamos dichas prescripciones al supuesto que estamos considerando, no podemos estimar que la demanda de asistencia del interesado a ese hospital obedeciera a un supuesto de urgencia vital, tal y como lo hemos definido anteriormente, por mucha alarma que el diagnóstico de la enfermedad del VIH pueda ocasionar. Tampoco consideramos que pudiera encuadrarse en alguno de los casos que se definen de denegación de asistencia, dado que el interesado manifestó desde el primer momento su voluntad de ser asistido en ese hospital, y se personó en el mismo sin ponerlo

en conocimiento de la entidad responsable de prestarle la asistencia sanitaria, la cual por lo demás le ofreció medios propios para el tratamiento.

En principio por lo tanto no podemos sino estimar que el interesado debe recibir la consideración de paciente privado para el sistema sanitario público, y que a la vista de este carácter, resulta legítima la facturación de la asistencia.

Pues bien, la postulación que hemos realizado en el encabezamiento de este apartado resulta trasladable al supuesto que estamos analizando. Es verdad que en este caso el interesado no presentó la tarjeta sanitaria individual, pero es que ya apuntó de manera clara desde el principio su pertenencia a Muface y exhibió la tarjeta correspondiente a una entidad aseguradora privada.

Ello no resultó un obstáculo para que se llevaran a cabo en el citado hospital las pruebas correspondientes para emitir el diagnóstico, se le practicaran las complementarias que se estimaron oportunas, y se le sometiera a las revisiones necesarias, aparte de que se le suministrara periódicamente la medicación.

El interesado advirtió de su condición, pero es que además dicho hospital tampoco comprobó su situación en la base de datos de usuarios, tal y como venimos reclamando, y mucho menos le advirtió anticipadamente de la facturación del coste de la asistencia, pues no es hasta que en el sistema de información de la unidad de cargos aparece como paciente privado dos años más tarde, cuando le requiere de compromiso de pago, y le informa de las gestiones a realizar ante su entidad aseguradora, y a la vista de la negativa de ésta a asumir el coste, ante la propia mutualidad.

Pero es que además el centro conocía perfectamente que los afiliados de Muface, al igual que los del Sistema Sanitario Público, no ostentan un derecho de opción, sino que solamente en circunstancias excepcionales pueden acudir a recibir asistencia a medios que no pertenecen al sistema al que figuran adscritos, con la seguridad de que los gastos ocasionados van a ser reintegrados por el mismo. Luego desde el primer momento debió advertir de esta circunstancia al interesado, y tal y como refiere en su primer informe, optar por remitirlo a su propia compañía, bien para que recibiera la asistencia de la misma, bien para que gestionara con anterioridad la autorización precisa.

El interesado aseguraba que nunca le informaron que no tenía derecho a recibir asistencia sanitaria del SAS, vulnerándose lo establecido en el art. 6.1 d) de la Ley 2/98 de 15 de Junio, de Salud de Andalucía, y ese hospital no demuestra que se le suministrara dicha información, al menos hasta dos años después de haberse iniciado la asistencia, y siempre telefónicamente.

A la vista de todo ello formulamos al Director Gerente del centro hospitalario el siguiente **Recordatorio** de deberes legales (art. 6.1. d) y 9.1 de la Ley 2/98, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía) así como la siguiente **Recomendación**:

“Que se inste la revisión de oficio de la liquidación emitida al interesado por los gastos de la asistencia sanitaria prestada en ese centro hospitalario, al menos en lo que corresponda al período anterior a junio de 2009 en el que se le requirió un compromiso de pago.”

Que cuando se demande el acceso a la asistencia sanitaria en ese centro hospitalario se consulte individualizadamente la base de datos de usuarios del mismo, para comprobar el derecho a la asistencia sanitaria del peticionario, y para el caso de que se compruebe la falta de cobertura sanitaria de quien pretende recibir prestaciones del sistema, se le informe adecuadamente de esta circunstancia, y se le advierta de la eventual facturación del coste de dichas prestaciones conforme a la normativa reguladora de los precios públicos de los servicios sanitarios en nuestra Comunidad Autónoma, dejando constancia escrita del suministro de dicha información.

Que se comuniquen a esta Institución las medidas adoptadas para dar cumplimiento a las recomendaciones anteriores”.

Recomendaciones que son íntegramente aceptadas por la citada Dirección Gerencia del hospital.

Otro supuesto que no reviste carácter aislado, sino que últimamente se viene planteando con relativa frecuencia, lo tenemos en los casos que se demanda la asistencia alternándose bien al servicio de emergencias 112, bien directamente al teléfono de emergencias sanitarias 061, con la consecuencia común en ambos casos, de que se genera la activación de un dispositivo asistencial perteneciente al Sistema Sanitario Público de Andalucía (ambulancia del servicio de emergencias 061, u otros vehículos ambulancias integrados en distintos dispositivos del SAS), que en caso de precisar el traslado del paciente a un centro sanitario para ser asistido en el mismo, lo realiza indefectiblemente a un hospital de aquel.

A partir de entonces se produce el efecto indeseado para el paciente o sus familiares, de tener que hacer frente a los gastos de la asistencia que se dispense por un centro sanitario vinculado al SSPA, por mucho que al personal de la ambulancia, o ya en el propio hospital, se advierta de la condición de mutualista del paciente, pues a la imposibilidad aludida de realizar el desplazamiento a un medio hospitalario distinto de los reseñados, se une habitualmente el consejo médico contrario a la derivación del enfermo a otro centro, una vez que aquel accede al hospital público, por la premura que revisten las actuaciones sanitarias que requiere, o los perjuicios que pudieran derivarse de un nuevo desplazamiento.

La cuestión puede resultar más complicada pues, a la vista de la indisponibilidad por parte de la entidad privada concertada con la entidad mutualista, de los medios a los que le obliga el concierto suscrito con la Mutualidad en municipios rurales de escasa población, se establece igualmente en el concierto la posibilidad de que aquella convenie con los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, que los mutualistas y sus beneficiarios se acojan a los servicios sanitarios de estos últimos tanto en el ámbito de la asistencia primaria, como en el de los servicios de urgencias que se presten a través de los anteriores.

En definitiva que los mutualistas de los municipios de menos de 20.000 habitantes que figuren incluidos en estos convenios, pueden recabar legítimamente la asistencia sanitaria de urgencias de los dispositivos organizados por el servicio autonómico de salud en el ámbito de la atención primaria, de manera que si mediando la intervención de estos últimos se determina la necesidad de acudir a otros de mayor nivel, o incluso de ser remitidos a servicios de asistencia especializada, la dinámica imperante opera de manera

similar a la expuesta, determinado el traslado del paciente a los hospitales propios del sistema público.

Ejemplo de ello lo tenemos en el expediente de **queja 12/3632** en el que la interesada relataba que ante la demanda de asistencia sanitaria urgente para su marido a través del número de emergencias 112, se personó en su domicilio una ambulancia del servicio de emergencias 061, que a pesar de ser advertida respecto de la condición de mutualista de Muface del paciente, así como requerida para que el mismo fuera trasladado a la clínica vinculada a ella, negó esta posibilidad, y ofició el desplazamiento al hospital del Servicio Andaluz de Salud de la misma ciudad, donde por causa de la gravedad que presentaba su estado permaneció ingresado por espacio de seis meses, siendo intervenido para implantarle un marcapasos y varios stent.

Con posterioridad desde el hospital le reclamaron el abono de la factura correspondiente a toda la asistencia proporcionada al paciente desde el sistema sanitario público, pues ASISA no se hizo cargo de la misma por estimar que no se utilizaron los medios apropiados, teniendo en cuenta que dicha mutualidad podía haber ofrecido la misma asistencia. En este sentido MUFACE desestimó la reclamación de la interesada, al entender que aunque el supuesto que originó la demanda de asistencia sanitaria podía ser considerado como urgencia vital, los medios de urgencia utilizados no se estimaban razonablemente elegidos, por lo que no era posible acceder al reintegro de los gastos, por no tener cobertura de algunos de los supuestos previstos en la normativa vigente en los que dicho reintegro procede cuando se utilizan medios ajenos.

Es decir que aunque la incidencia sanitaria que afectaba al paciente podría incardinarse dentro de los supuestos en los que la normativa reconoce a los mutualistas la posibilidad de utilizar medios ajenos a los concertados, previéndose la cobertura de los gastos generados por la utilización de los mismos; sin embargo se apreciaba la carencia de uno de los requisitos establecidos para ello, pues se estimaba que *“el centro al que acudió y servicio de urgencias utilizado no se considera razonablemente elegido, ya que el paciente, que se encontraba con su familia en el domicilio, debió recabar la asistencia de su entidad, en lugar de hacerlo del Servicio 112”* (resolución del Ministro de Hacienda y Administraciones Públicas por la que se resuelve el recurso de alzada formulado por la interesada contra la resolución de MUFACE que desestimó su reclamación).

El informe administrativo explicaba el modus operandi del dispositivo de emergencias 112. En este sentido revela que el sistema se dedica a coordinar de manera integrada las demandas urgentes y emergentes de los ciudadanos y entidades públicas y privadas a través de un teléfono único, pero una vez que contacta con el organismo competente para la resolución de la incidencia, es éste el responsable de la decisión sobre el tipo de recurso interviniente.

Por lo que a la asistencia sanitaria se refiere la Administración aduce que el procedimiento para la atención a través del teléfono único 112, se vehiculiza de acuerdo con el sistema sanitario público de Andalucía, más concretamente en relación con los centros de coordinación de urgencias (CCU-061), que asumen la organización y prestación de la asistencia sanitaria urgente más adecuada.

Afirman por ello que en el supuesto planteado por la interesada correspondía a EPES valorar la situación y realizar el traslado al hospital, a lo que añade que las mutualidades disponen de teléfonos propios de urgencias.

En definitiva la información expuesta hasta ahora nos lleva a pensar que las personas afiliadas a la mutualidad que estamos considerando y sus beneficiarios, quedan materialmente excluidas del ámbito de atención del dispositivo de emergencias 112 en lo que a las demandas de atención sanitaria se refiere, puesto que aunque la demanda de atención sanitaria urgente o emergente conlleve la puesta en marcha del dispositivo que se determine por los centros coordinadores de EPES, la obligatoria derivación (en caso de que sea necesario) hacia un medio asistencial del sistema sanitario público de Andalucía, les lleva irremisiblemente a tener que hacer frente a los gastos de la asistencia, y ello con independencia de que el supuesto que las motive sea considerado como urgencia vital, pues se entiende que de esta manera no se elige razonablemente el medio.

1.-Sobre el sistema de emergencias 112.

Ahora bien el sistema de emergencias 112 se instaura en nuestro país para dar cumplimiento a la obligación impuesta en este sentido por la Decisión del Consejo 91/396/CEE de 29.6.1991, que se llevó a cabo a través del R.D. 903/1997 de 16 de Junio, el cual atribuyó a las Comunidades Autónomas la prestación del servicio de atención de llamadas, mediante el establecimiento de los centros de recepción de llamadas de urgencia, y las redes que fuera necesario instalar para establecer otros puntos de atención de los servicios que hubieran de proporcionar la asistencia objeto de las llamadas de urgencia.

En este orden de cosas la Ley 2/2002, de 11 de Noviembre, de Gestión de Emergencias de Andalucía, prevé el establecimiento de un sistema destinado a ofrecer el acceso rápido, sencillo y eficaz a los servicios públicos de urgencias y emergencias, desarrollando un sistema de coordinación integrada de las demandas de urgencias y emergencias a través del teléfono único europeo 112, que permita solicitar la asistencia de los servicios públicos en materia de asistencia sanitaria de urgencia, extinción de incendios, salvamento, seguridad ciudadana, y protección civil, cualquiera que sea la Administración Pública o entidad de la que dependan.

Tres aspectos resultan destacables a nuestro entender en la regulación normativa del operativo que estamos considerando: por un lado que el ámbito subjetivo de la atención se define en relación con los ciudadanos, y las entidades públicas y privadas; en segundo lugar que la demanda de asistencia se deriva a los servicios públicos que la vienen proporcionando en los distintos ámbitos; y por último que resulta indiferente la Administración Pública o entidad de la que aquellos dependan.

A nuestro modo de ver los requisitos referidos concurren igualmente cuando la demanda de asistencia sanitaria urgente o emergente a través del 112 procede de un mutualista o beneficiario. Y es que en buena lógica no existe argumento alguno que permita excluir a los mutualistas de Muface del colectivo de ciudadanos a los que se reconoce el derecho a demandar el servicio de atención sanitaria a través del mismo. Igualmente hay que entender que los servicios sanitarios que se proporcionan en el ámbito del mutualismo administrativo configuran un régimen de naturaleza pública, y ello al margen de que la prestación sanitaria pueda dispensarse a través de medios privados concertados. Y por último, como ya hemos visto, a la hora de coordinar y proporcionar los servicios públicos

para solventar la demanda de asistencia sanitaria que se formule, resulta indiferente que dependan de alguna entidad no administrativa.

A este respecto esta Institución se postula argumentando que el teléfono de emergencias 112 está al servicio de toda la ciudadanía, y que las personas afiliadas a las mutualidades también se incardinan en un sistema público de asistencia sanitaria, con independencia de que esta asistencia se preste a través de entidades privadas, por lo que nos pronunciábamos a favor de arbitrar procedimientos que permitieran que desde el teléfono de emergencias pudieran coordinarse igualmente los servicios sanitarios urgentes correspondientes a estas últimas, o bien que los dispositivos móviles del sistema sanitario público andaluz pudieran trasladar a estos pacientes a los centros que les correspondan en razón de la entidad que les asiste por concierto con su mutualidad de pertenencia.

2.-Previsiones de regulación en el vigente concierto de MUFACE.

Por nuestra parte aportábamos argumentos adicionales, a la vista de la novedad que presenta el concierto de Muface con las entidades prestadoras de asistencia sanitaria a los mutualistas o sus beneficiarios que opten por recibir la misma a través de aquellas, para los años 2012-2013 (BOE nº 306 de 21 de Diciembre de 2011).

Y es que en concreto, dentro del epígrafe sobre la prestación sanitaria proporcionada con medios ajenos, en lo que se refiere al supuesto de asistencia urgente de carácter vital en medio no concertado, se ha añadido un apartado (5.3.2) denominado "*situaciones especiales de urgencia*", por el que vienen a considerarse como urgencia de carácter vital aquellas en las que concurren determinados presupuestos, y ello "*sin perjuicio de lo que en el futuro dispongan los acuerdos que Muface pueda formalizar con los responsables autonómicos del teléfono único de emergencias 112 y los responsables de los equipos de emergencias sanitarias públicas para que las llamadas realizadas a dicho número sean desviadas al centro de atención de emergencias de las entidades y para que, en su caso, los mutualistas o beneficiarios puedan ser trasladados en caso de urgencias a medios de las entidades*".

En el mismo sentido el anexo 2 del concierto incorpora un apartado relativo a la integración de los teléfonos de urgencias, en el que expresamente se prevé que "*con el fin de que los mutualistas o beneficiarios que requieran atención de urgencias o emergencias puedan acceder al servicio 112 y ser atendidos en medios de la entidad (o en medios públicos cubriendo la entidad el coste de la asistencia en los supuestos previstos), Muface podrá convenir con los departamentos, organismos y entidades de las Comunidades Autónomas la integración de los teléfonos de urgencia de las entidades en los servicios 112 autonómicos.....Una vez que Muface haya formalizado los mencionados convenios, las entidades garantizarán que las llamadas derivadas desde el número 112 a sus centros coordinadores de urgencias sean respondidas y atendidas en las condiciones establecidas en el presente concierto y de acuerdo con los planes establecidos por cada Administración competente en materia de emergencias y protección civil*".

A la vista de todo ello formulamos al Servicio de Emergencias 112 y a la empresa pública de Emergencia Sanitarias (061) las siguientes *Sugerencias*:

"Primera.- "Que por los responsables del servicio de emergencias 112 se promueva ante Muface la suscripción del convenio previsto en el concierto de dicha Mutualidad con las entidades prestadoras de asistencia sanitaria para los

años 2012-13, a fin de que los mutualistas y sus beneficiarios puedan demandar atención sanitaria urgente a través del teléfono único de emergencias (112), con el objeto de que dichos requerimientos sean derivados a los centros de atención de urgencias de la entidad por la que han optado para recibir la asistencia sanitaria”.

Segunda.- “Que en la reunión prevista con responsable de la EPES, se contemple también la opción recogida en el concierto para conveniar en los casos de demanda de asistencia sanitaria urgente de mutualistas o sus beneficiarios a través del teléfono único de emergencias 112, que los mismos puedan ser trasladados por los equipos de emergencias sanitarias públicas a medios de la entidad prestadora de asistencia sanitaria que les corresponda”.

Por nuestra parte se remitió esta resolución a la Dirección Gerencia de EPES, e igualmente dimos traslado de este asunto a la Defensora del Pueblo del Estado, por si consideraba a bien realizar algún tipo de actuación ante Muface que pueda propiciar la iniciativa de la mutualidad en el sentido indicado, actuaciones pendientes de ser contestadas a la fecha de cierre del presente informe.

Por último, traemos en este apartado relativo a cuestiones de naturaleza procedimentales-administrativas un caso que ilustra la práctica de actuación de las Unidades Médicas de Valoración de Incapacidades (UVMI) dependientes de las Delegaciones Provinciales de Salud y Bienestar Social con ocasión de su intervención en las bajas y altas médicas y su afectación en el ámbito de los derechos de los trabajadores afectados.

En el expediente de **queja 11/2283** compareció en esta Institución el interesado, para exponer su parecer respecto de determinados aspectos del procedimiento administrativo seguido desde la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades, en lo atinente a sus funciones de control de la situación de incapacidad temporal (IT).

En concreto señalaba que permaneció en situación de baja laboral durante aproximadamente tres meses hasta un determinado día de Abril de 2011, fecha en la que su médico de cabecera le dio de alta, incorporándose a su puesto de trabajo al día siguiente.

Ese mismo día recibió mediante correo ordinario un oficio procedente de la UMVI de la Delegación Provincial, por el que se le citaba para un día determinado de finales de dicho mes al objeto de reconocimiento médico, al tiempo que le señalan textualmente que: *“la no comparecencia a esta citación, no justificada clínicamente, será motivo de alta laboral por incomparecencia”*. También se disponía que *“si al recibo de la presente citación se encuentra de alta laboral no es preciso que asista a nuestra unidad, pero deberá notificarlo telefónicamente previamente, remitiendo el parte de alta junto con la presente carta de citación, bien por correo a la dirección arriba indicada o mediante FAX al número ...”*.

Objetaba por un lado el reclamante el incumplimiento del art. 59.1 de la Ley 30/92 de 26 de Noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común (LRJPAC) («las notificaciones se practicarán por cualquier medio que permita tener constancia de la recepción por el interesado o su representante, así como la fecha, la identidad y el contenido del acto notificado»), pues

habiendo recibido la referida carta por correo ordinario consideraba que no existían garantías de la recepción del requerimiento, teniendo en cuenta además que en el mismo se amenaza con el alta laboral. Alegaba que en este orden de cosas el ciudadano es el que sufre las consecuencias de un mal funcionamiento del servicio de correos.

Por otro lado indicaba que llamó al teléfono referenciado para comunicar al alta y presentó escrito a este respecto en el registro de la Delegación Provincial de Justicia de la Administración Autonómica, pero la persona que le atendió al teléfono le insistió en la necesidad de enviar el alta por correo o por fax, con el consiguiente coste que estos medios de comunicación le suponen, obviándose de esta manera la aplicación del art. 38.4 de la LRJPAC que refiere los diversos lugares en los que los ciudadanos pueden presentar, las solicitudes, escritos o comunicaciones, figurando entre los mismos los registros de los órganos administrativos a los que se dirijan y los de cualquier órgano administrativo que pertenezca a la Comunidad Autónoma.

En definitiva impulsa al interesado la intención de evitar la indefensión que el ciudadano puede padecer en el caso de que no reciba el acto administrativo con los perjuicios que ello conlleva, fundamentada en el incumplimiento por parte de esa Administración de la normativa reguladora de la notificación de los actos.

Por su parte en el informe emitido por parte de la Delegación Provincial se negaba la posibilidad de indefensión en la medida que era posible subsanar un eventual defecto en la notificación, puesto que cabe el recurso a una segunda citación a través del médico de cabecera que tiene encomendada la expedición de los partes de confirmación, de forma que como resultado del reconocimiento de la inspección médica se derivaría la anulación del alta por incomparecencia anteriormente decretada.

Por otro lado se explica que la aplicación informática SIGILUM para la gestión y control de la IT se alimenta de un módulo de la aplicación DIRAYA, de manera que el volcado de información de uno a otro no es instantáneo, sino que presenta un desfase temporal de unos 2 ó 3 días.

En estas circunstancias, cuando en el momento en que recibe la citación el ciudadano ya se encuentra de alta, se le insta a cursar el parte de alta laboral por correo o fax, al objeto de evitar el perjuicio que le supondría la decretación del alta por incomparecencia que se podría originar por la demora en los trámites registrales en la presentación de documentos dirigidos a otros organismos administrativos.

1.- Sobre la notificación de la citación:

Defiende la Administración su postura en este ámbito, considerando que la notificación por correo ordinario no es más que una flexibilización del procedimiento que se trata de ajustar a las características del que se dirige a controlar e inspeccionar las bajas por incapacidad temporal, en el que debe primar la inmediatez/agilidad en la comunicación administración/administrado.

Estima que esta flexibilización es permitida por la jurisprudencia pues parte de considerar que la LRJAP contiene principios básicos que con carácter general deben orientar cualquier procedimiento administrativo en garantía de los derechos de los ciudadanos, pero que no cabe su trasposición exhaustiva o literal a todo procedimiento,

sobre todo cuando estamos considerando actos de mero trámite, como son las citaciones para reconocimiento médico.

En última instancia insiste que los posibles efectos desfavorables de una citación no notificada pueden soslayarse a través de la aplicación de un mecanismo lo suficientemente ágil y efectivo, como es el recurso a la segunda citación a través del médico de cabecera a la que antes hacíamos referencia, que permitiría la revocación automática del alta por incomparecencia decretada.

Esta Defensoría discrepa de esta argumentación, pues el informe administrativo trae a colación el dictado de la Sentencia del Tribunal Supremo de 30 de Junio de 1986 en el cual se destaca, refiriéndose a las formalidades que presiden la práctica de las notificaciones, que el cumplimiento de estos requisitos «constituye una garantía que afecta a la buena fe en las relaciones Administración Pública-ciudadanos» y también que «no faltan fallos que flexibilizan alguno de los requisitos teniendo en cuenta las concretas circunstancias de cada caso, hasta el punto de poder afirmar que la jurisprudencia sobre notificaciones no se elabora en abstracto, sino atendiendo a las particularidades del caso concreto».

Omite el informe la reseña que la misma sentencia, al señalar previamente que dicha garantía está rodeada de rigurosos requisitos formales cuya inobservancia la hace ineficaz y que la jurisprudencia que insiste en dicha rigurosidad es abundante, aludiéndose a los fallos que flexibilizan algunos de los requisitos con carácter de excepcionalidad.

Por otro lado el hecho de la que la citada ley contiene principios básicos no implica que se puedan interpretar sus preceptos hasta el punto que se legitime su inobservancia, sobre todo cuando tratamos de normas de derecho necesario. Ciertamente la referida ley regula un procedimiento administrativo común, y ello quiere decir que sus prescripciones resultan aplicables a los procedimientos que se desarrollen en las instancias administrativas que entren dentro de su ámbito de aplicación, de manera que las particularidades específicas de procedimientos que exijan un apartamiento de aquellas habrán de tener reflejo en normas igualmente específicas de procedimiento, las cuales no nos consta que existan en la materia que estamos considerando.

Por otro lado la subsanación de los defectos de notificación solo se produce cuando el destinatario realice actuaciones que supongan el conocimiento del alcance y contenido del acto objeto de la notificación o interponga el recurso que proceda, aparte de que el procedimiento al que se alude para la subsanación en estos casos está lejos de las anunciadas agilidad y efectividad, pues se carga al interesado con la obligación de demandar de su médico de atención primaria que solicite de la inspección una nueva citación, sin olvidar que durante el tiempo que dure este proceso aquel está “*de alta*”, con las consecuencias subsiguientes a esta situación (incorporación al puesto de trabajo).

A lo anterior se añade que la flexibilización únicamente puede entenderse desde la perspectiva de eliminación de trámites innecesarios, pero no desde la de eliminación de garantías esenciales del ciudadano, como es la obligación de que quede constancia de la recepción y se incorpore dicha prueba al expediente. La sustitución de un sistema de notificación (correo certificado) por otro (correo ordinario) no conlleva disminución de trámite alguno, sino que exclusivamente libera a la Administración de la necesidad de intentar una nueva notificación en el plazo de tres días si la primera no se recibe, por lo que si lo que se pretende es ganar agilidad e inmediatez en el procedimiento, se impone la búsqueda

de otros medios de notificación en el marco de las nuevas tecnologías de la comunicación, que impriman mayor celeridad al mismo, sin perjuicio de la constancia de la recepción .

2.-Sobre la obligación de remitir copia del alta por correo o fax.

El informe administrativo justifica el requerimiento a los interesados en este sentido cuando al recibir la citación para el reconocimiento por parte de la UVMI ya se encontraran de alta, por el desfase temporal en el volcado de los datos en la aplicación informática correspondiente, y para evitar los efectos desfavorables que podrían derivarse del automatismo en la decretación del alta por incomparecencia a que podría dar lugar la presentación de aquella en otro organismo administrativo, por la demora que conllevan los trámites registrales.

Señala sin embargo la LRJAP en su art. 35 f) el derecho de los ciudadanos a no presentar documentos no exigidos por las normas aplicables al procedimiento de que se trate, o que ya se encuentren en poder de la Administración actuante. En el mismo sentido se pronuncia el art. 84.3 de la Ley 9/2007, de 22 de Octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía.

No cabe duda de que el documento o parte de alta médica obra en poder de la Administración, pues se extiende por cuadruplicado en un modelo oficial, cuyo original además está previsto que se destine a la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio de Salud (art. 4.2 de la Orden de 18 de Septiembre de 1998 por la que se modifica la de 19 de Junio de 1967, que regula determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal).

Esa notificación al parecer se viene produciendo a través de una aplicación informática que se alimenta de un módulo que está incorporado al soporte informático Diraya, el problema es que el volcado de los datos no es instantáneo, sino que presenta un desfase temporal de dos o tres días.

En definitiva que a pesar de que la Administración tiene conocimiento de las altas emitidas por vía telemática, las deficiencias en el funcionamiento de la aplicación, o la inadecuación de la misma para resolver las necesidades de funcionamiento de la unidad, son las que originan la exigencia al interesado de aporte de una documentación a la que en absoluto viene obligado. Y es que en el mismo informe reconocen que la solución de la falta de sincronización de las aplicaciones informáticas de las bases de datos de usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía y la específica de la UVMI reduciría o eliminaría la exigencia de remisión de documentos al administrado.

Además de resultar contraria a derecho, la exigencia documental que estamos considerando tampoco se justifica en evitar un perjuicio al ciudadano, puesto que no podemos olvidar que la remisión del parte de alta se exige cuando dicha situación de alta ya existe, puesto que se ha decretado por el médico de atención primaria, luego una posterior decretación del alta por incomparecencia en nada perjudica al ciudadano.

Todo lo anterior aparte de exigir una determinada forma (correo o fax) y lugar de envío de la documentación que tampoco tiene respaldo normativo, y que en todo caso podría resultar recomendada pero nunca impuesta.

En definitiva que el modo de proceder de la UVMI en este caso, y por extensión con carácter general en los supuestos similares al que venimos analizando, entraña un absoluto apartamiento de normas procedimentales de general aplicación en los procedimientos que tramitan, establecidas en garantía de los derechos de los ciudadanos, y lejos de justificarse en el beneficio de los mismos, se sustenta en su propia comodidad organizativa, y en la inoperancia de los sistemas establecidos, haciendo recaer sobre aquellos cargas que no le corresponden.

Teniendo en cuenta lo expuesto esta Institución ha decidido formular a la Delegación Provincial de Salud **Recordatorio** de deberes legales (arts. 59.1, 35 f) 38.4 de la Ley 30/92, de 26 de Noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común y arts. 5 y 84.3 de la Ley 9/2007, de 22 de Octubre, de Administración de la Junta de Andalucía), así como la siguiente Recomendación:

“Que en los procedimientos de gestión y control de los procesos de incapacidad temporal que se tramitan por la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades, se notifiquen las citaciones para comparecencia a efectos de revisión de los ciudadanos que se encuentren en situación de baja médica por medios que permitan acreditar la recepción, así como que se elimine la obligación del ciudadano que al recibir la citación anteriormente indicada ya se encuentre de alta, de remitir por correo o fax dicho documento a la citada unidad, tomando conocimiento de dicha situación por medios de comunicación administrativa interna, en tanto que se trata de información que ya obra en poder de la Administración”.

Por la citada Delegación se contesta que lo recomendado excede de su ámbito de competencias (al implicar cambios en las aplicaciones informáticas –SIGILUM-), trasladándola a los servicios centrales de la Consejería, matizando que, no obstante, se están llevando a cabo ensayos/pruebas en la gestión de la incapacidad temporal en distintos centros de la capital, proyecto pilotado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (programa IT-21), que sin duda redundarán en la mejora que postula esta Institución.

2. 1. 6. Derechos de los usuarios.

Queremos destacar en este apartado un supuesto relacionado con el derecho a la información sanitaria por parte de los usuarios de los servicios públicos sanitarios, en concreto sobre el pronóstico de una enfermedad.

Así en el expediente de **queja 12/54** el interesado ponía de manifiesto diversas denuncias relacionadas con el proceso asistencial de su padre en el centro hospitalario, las cuales cifraba fundamentalmente en la demora que presidió las distintas actuaciones sanitarias, y fundamentalmente la intervención quirúrgica de RTU; la desinformación sobre el pronóstico de la enfermedad, concretada en los resultados del TAC practicado para el estadiaje de la misma; y la desatención por parte del personal facultativo durante el ingreso hospitalario en el último periodo de su enfermedad.

El relato de los hechos que nos trasladaba el interesado era muy minucioso, cuyos aspectos esenciales resultaban completados con la información suministrada en los informes administrativos requeridos al hospital, especialmente en lo que afectaba al itinerario cronológico de la asistencia.

El mismo comienza para el interesado el 11 de Agosto de 2011, fecha en la que su padre fue diagnosticado de un tumor en la vejiga en consulta privada. Con carácter previo (Junio) había acudido a consulta de su médico de atención primaria, que cursó solicitud para consulta de asistencia especializada, aunque desconocemos la fecha para la que se fijó esta última, y a la vista del diagnóstico privado suponemos que no se llegó a realizar.

El paciente ese día fue remitido a consultas externas de urología del centro de diagnóstico a fin de ser incluido en lista de espera quirúrgica preferente para resección transuretral vesical (RTU), indicándose con igual criterio de preferencia la realización de estudio preoperatorio.

Dicho estudio se llevó a cabo el 12 de Septiembre siguiente, y la intervención el 27 del mismo mes, siendo dado de alta dos días después.

El 10 de Octubre tuvo lugar la cita en consultas externas, tras la recepción de los resultados de anatomía patológica, indicándose entonces la realización de una cistectomía radical, prescribiéndose nuevo estudio preoperatorio y TAC de estadiaje, los cuales se llevaron a cabo respectivamente los días 26 y 27 de Octubre.

El 4 de Noviembre el paciente acudió al servicio de urgencias, y quedó ingresado, practicándose la intervención de prostatocistectomía radical con derivación cutánea bilateral el 11 del mismo mes. El 22 siguiente fue dado de alta y regresó al domicilio, donde comenzó a padecer dolores que a la familia resultaban inexplicables, hasta que el 1 de Diciembre se vio obligado a acudir al servicio de urgencias de ese centro, donde la practicaron radiografías de cadera y pierna, que evidenciaron la presencia de metástasis en ambas localizaciones.

El día 4 de Diciembre tuvo que acudir de nuevo a urgencias ante el mal estado que presentaba, quedando desde entonces ingresado, acudiendo el 15 de este mes el interesado a consulta de recogida de resultados, y produciéndose los días 25 y 26 un episodio de desatención en opinión del interesado, que requirió en diversas ocasiones la presencia del urólogo a fin de recolocar uno de los tutores uretrales que se había salido, acaeciendo el fallecimiento el 29 de Diciembre.

A lo largo de los diversos escritos que el interesado nos ha remitido, se cuestiona en numerosas ocasiones sobre el tiempo que se invierte para las distintas actuaciones. Así en su escrito inicial refiere que desde el diagnóstico del tumor hasta que se realiza el estudio preanestésico y el TAC previos a la intervención pasan dos meses y medio, contabilizándose cuatro desde que el médico de atención primaria solicitó consulta de especialidad por presencia de sangre en la orina. En este mismo sentido se pregunta por qué pasa un mes y medio desde el diagnóstico del tumor hasta la primera intervención, o por qué su padre pasa tres meses orinando sangre hasta entonces. Le albergan dudas de lo que hubiera sucedido si la RTU se hubiera practicado antes, planteándose si se podía haber evitado el desarrollo de las metástasis, pues por entonces el paciente podía andar bien y sin dolor. Por eso no se conforma con la explicación ofrecida por ese hospital en la respuesta a sus reclamaciones, garantizando el acortamiento de los plazos lo máximo posible según lo que permite la dinámica de atención a procesos preferentes.

Por otro lado el interesado refiere que en la cita del 10 de Octubre para la recogida de resultados tras la práctica de la RTU, el facultativo les explicó levemente la

patología, prescribiendo una intervención de extirpación de la vejiga, y les advirtió que la operación era delicada, pero también les aseguró que después el paciente haría vida normal, aunque habría de portar siempre las bolsas de orina.

Asegura el interesado que del TAC practicado el 27 de Octubre nunca fueron oficialmente informados, y que desconocían el alcance de la enfermedad de su padre, significativamente la presencia de metástasis óseas, hasta que se les reveló este dato por la facultativo que le atendió en urgencias el día 1 de Diciembre. Y es que tras la realización de la segunda intervención el interesado afirma que no se les dio más información que la que figura en el informe de alta.

En este estado de cosas el interesado se pregunta cómo es posible que se enteraran del escaso pronóstico de vida de su padre, solamente unos pocos días antes de que falleciera, y se lamenta de que tuvieron que exigir los informes del TAC y de anatomía patológica, cuando deberían haber sido llamados para ofrecerles esa información.

En tercer lugar por último el interesado alude a un episodio asistencial concreto que se produce por la salida de uno de los conductos de derivación de la orina, encontrándose con que los llamamientos efectuados para que acudiera un urólogo a recolocarlos no fueron atendidos hasta pasados dos días.

Por su parte el hospital, aparte de dejar sentado que ha dado respuesta a las reclamaciones del interesado, y que había promovido una reunión personal de aquél con la Dirección Médica, la cual se llevó a cabo en Abril de 2012; manifestaba que las pruebas y actuaciones terapéuticas realizadas al paciente fueron las indicadas para su cuadro clínico, sin que se hubieran producido retrasos en la práctica de las mismas que influyeran negativamente en la evolución del proceso, o en el resultado final del mismo.

También nos comunicaba que el paciente fue informado del TAC de estadiaje realizado el 27 de Octubre, así como que el cambio de tutores uretrales es una técnica de enfermería que solo la realiza el personal médico cuando hay complicaciones.

1.- En cuanto a la demora en la práctica de las distintas actuaciones asistenciales.

En este punto el interesado resaltaba fundamentalmente el tiempo que transcurre entre el diagnóstico (mediados de agosto), y la realización de la RTU (finales de septiembre), y por consiguiente también el que preside la intervención quirúrgica de cistectomía (mediados de Noviembre).

No podemos olvidar que cuando nos enfrentamos a posibles deficiencias asistenciales en relación con procesos cancerígenos, dada la importancia que juega en los mismos el factor tiempo, normalmente se trata de valorar si han existido retrasos significativos en el diagnóstico o el tratamiento, sea este quirúrgico o de otro tipo.

Puesto que desconocemos cuáles son los tiempos adecuados que señalan el límite de lo razonable, generalmente buscamos parámetros establecidos que nos permitan realizar esta comparación. Para ello últimamente venimos recurriendo a los plazos que como indicadores de calidad se perfilan en los procesos asistenciales integrados, en cuanto que objetivos idóneos a alcanzar con la implantación de aquéllos.

Estos procesos habitualmente diseñan un camino para el diagnóstico e instauración del tratamiento con indicación de pautas y límites temporales para los mismos. La cuestión es que el proceso asistencial integrado relativo al cáncer de vejiga no se ha elaborado, por lo que hemos de descartar en el análisis este medio que tan útil nos ha sido en otras ocasiones.

A fin de conocer las etapas que habrían de integrar el proceso asistencial en este caso, hemos acudido por tanto a las guías de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Así nos encontramos con que las mismas dictaminan, ante la aparición de síntomas como el que detecta el paciente (hematuria), en primer lugar un examen clínico o exploración física, estudios de imagen (urografía o ecografía), a los que deben seguir la citoscopia, que permite inspeccionar el interior de la vejiga y la toma de biopsia, y después la resección transuretral, que en el caso de tumores invasores permite un diagnóstico anatomopatológico correcto por la inclusión de músculo en las biopsias, así como estudios de imagen para estadificar los tumores confirmados.

La cistectomía es el tratamiento de referencia del cáncer de vejiga con invasión muscular localizado, la cual supone la extirpación de la vejiga y los órganos adyacentes, a la que se añade la derivación urinaria, para la que existen diversas opciones.

Teniendo en cuenta estos datos, y haciendo el ejercicio de comparación al que nos referimos, aunque solamente sea en lo relativo al contenido de la atención sanitaria, concluimos que el paciente fue sometido a las técnicas de diagnóstico y tratamiento previstas en las guías de práctica clínica en vigor.

Ciertamente este aspecto no era por el interesado, el cual vino a poner el acento exclusivamente en el tiempo transcurrido entre las distintas actuaciones, por considerar que resultó excesivo y que pudo tener incidencia en el desarrollo de la enfermedad.

En ausencia de las pautas que se establecen en los procesos asistenciales integrados, y dado que las guías de práctica clínica tampoco contienen expresas referencias temporales, las únicas pautas con las que contábamos son las que escasamente se contemplan en los compromisos adquiridos por la Administración Sanitaria en el Plan Integral de Oncología de Andalucía.

De esta manera se contempla como compromiso general con la ciudadanía el de mejorar la gestión de los tiempos de espera y en concreto se establece que desde que exista la sospecha de cáncer comenzarán las pruebas diagnósticas confirmatorias en el plazo de dos semanas, mientras que los tratamientos de cirugía y radioterapia no se demorarán más de cuatro semanas desde que se haya tomado la decisión.

El primer plazo en este caso resulta difícil evaluarlo puesto que la sospecha diagnóstica se aparta del itinerario que debería haber seguido el paciente en el ámbito del sistema sanitario público, al residenciarse aquella en el ámbito de una consulta privada. Por lo que sabemos el paciente acudió a consulta del médico de atención primaria, pero ignoramos cuándo se fijó la consulta de especializada, y si finalmente acudió a la misma. En relato de los hechos que realizan ambas partes existe discrepancia sobre la fecha del diagnóstico, aunque los informes del hospital permiten clarificar la misma, pues si bien al parecer la consulta tuvo lugar el 11 de Agosto, fue al día siguiente cuando se practicó la

citoscopia, y se envió al paciente a consulta de urología para inclusión en lista de espera quirúrgica.

Considerando la citoscopia como el primer paso tendente a la confirmación de la enfermedad, no podemos valorar si se respeta el límite de las dos semanas más arriba referido, puesto que consideramos que el mismo habría de medirse desde la consulta de asistencia especializada, respecto de la que ya hemos manifestado nuestra ignorancia. En todo caso desde la consulta en el ámbito sanitario privado exclusivamente transcurrió un día.

Por lo que hace al segundo de los plazos considerados, pensamos que el mismo habría de contarse desde la consulta de recogida de resultados del 10 de Octubre de 2011, que es cuando el especialista indica la práctica de la cistectomía, por lo que efectuada esta última justo un mes después (el 11 de Noviembre de 2011), no podemos entender que se haya infringido el mismo.

Ante todo es preciso tener en cuenta que el proceso asistencial no se desarrolla en un acto único, sino que se despliega en una serie de actuaciones encaminadas a un fin, las cuales entrañan la suma de los tiempos que se hacen precisos para llevar a cabo cada una de ellas. Lamentablemente el diagnóstico inicial en este tipo de procesos, por mucho que revele, resulta insuficiente para decidir el tratamiento a aplicar, el cual requiere de otro conjunto de actuaciones que deben ayudar en este cometido.

Desde la práctica de la citoscopia el 12 de Agosto, hasta la de la RTU el 27 de Septiembre, se debe intercalar la realización del estudio preoperatorio, que tuvo lugar el 12 de Septiembre, computándose en total un período en torno al mes y medio, y la intervención de cistectomía se práctica justo un mes después, concluyéndose por esta Institución que dichos plazos no pueden entenderse excesivos en el seno de una organización sanitaria como la que consideramos, donde imperan los principios de universalidad y gratuidad.

Lo anteriormente expuesto no obsta a que manifestáramos nuestra empatía con la postura del interesado, pues la misma se proyecta desde la óptica de familiar muy directo de un paciente afectado por un proceso cancerígeno. En esta tesitura tampoco nos resultaba extraño el cuestionamiento que se realiza sobre la incidencia del tiempo invertido en el diagnóstico definitivo, en cuanto a la incidencia de la enfermedad. Evidentemente desde el punto de vista técnico no podemos pronunciarnos sobre esta cuestión, pero llamábamos la atención en la configuración que realiza el Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-2012, de un modelo de atención centrado en la persona, que garantice una asistencia de elevada calidad científica y técnica, pero también humana, por lo que aún en el caso de que los tiempos invertidos en el proceso de diagnóstico y la instauración del tratamiento no repercutan en el estadio de la enfermedad ni en el pronóstico de la misma, por nuestra parte hacíamos hincapié en que la premura en el tratamiento sí tiene efectos positivos, al menos sobre el estado anímico del paciente, y por lo tanto se inserta en el ámbito de la humanización que el Plan también contempla.

2.- Sobre la falta de información respecto del pronóstico de la enfermedad.

Contemplamos en este epígrafe las consideraciones relacionadas con la denuncia del interesado por el déficit de información, que calificaba de muy grave, ceñido a los resultados del TAC practicado el 27 de Octubre de 2011, de lo cuales solo llegaron a tener conocimiento por la comparecencia del paciente en el servicio de urgencias

hospitalario del 1 de Diciembre de 2011, y tras la práctica de radiografías en el mismo, y la información suministrada por la médico de guardia.

Por su parte el centro hospitalario se ratifica en el informe previo de la unidad de gestión clínica señalando que *“el paciente había sido informado del TAC de estadiaje realizado el día 27 de Octubre de 2011”*, pero no dice ni cuándo ni cómo. En el primer informe no se contiene ningún pronunciamiento al respecto, y solamente en algunas de las declaraciones que se acompañan de los facultativos intervinientes encontramos algunas alusiones a este tema.

Así en el informe de uno de los urólogos que intervino al paciente se refleja que tras la cistectomía se dio a la familia información detallada del tipo de intervención realizada, no pudiendo hablar de pronóstico hasta conocer el informe anatomopatológico de la pieza extraída. Por otro lado también refiere que respondió a todos los cuestionamientos realizados por los familiares el 5 de Diciembre.

En el documento con la respuesta de otro de los profesionales sanitarios que intervinieron en el proceso, se contempla que a todos los pacientes se les informa de los riesgos de morir durante o en el proceso postoperatorio, y que a todos los pacientes se les practica TAC toracoabdominopélvico para conocer antes de la intervención el estado del paciente a nivel de afectación locoregional y a distancia del órgano afectado.

Por su parte el interesado alegaba que cuando les informaron del resultado del TAC ya era demasiado tarde y fue debido a que ante el estado agónico que presentaba el paciente, lo solicitó al director de la unidad de gestión clínica de urología, el cual se lo entregó de forma extraoficial el día 16 de Diciembre.

Ciertamente el pronóstico puede venir fijado por el estudio anatomopatológico de la pieza extraída, cuyos resultados suponemos que son los que habrían de comunicarse en la consulta a la que acudió el interesado el 13 de Diciembre, cuando su padre ya estaba ingresado. Pero la verdad es que, aún desconociendo cuando se obtuvieron esos resultados, ya existían elementos muy significativos en orden a dicho pronóstico de la enfermedad a la fecha de la intervención, lo que nos permitía concluir que los mismos no fueron comunicados al paciente ni a la familia, ni antes, ni inmediatamente después de aquella.

Así ya como resultado de la RTU se sabía que se trataba de un cáncer de vejiga muscular infiltrante, y por medio del TAC se conocía que existían afectaciones metastásicas en cadera y fémur izquierdo, lo que evidentemente ensombrecía el pronóstico sobremanera. Debemos pensar que los datos antes mencionados se poseían al tiempo de la intervención, pues como hemos visto uno de los facultativos refiere que la misión del TAC era conocer la afectación locoregional y a distancia antes de aquella.

El interesado apuntaba que cuando preguntó a uno de los facultativos por los resultados del TAC, el mismo le comentó por teléfono que no veía metástasis y que estaba centrado en la vejiga, lo que unido a las manifestaciones del médico que les atendió en la consulta de recogida de resultados del día 11 de Octubre, en cuanto a la posibilidad de realización de vida normal tras la intervención quirúrgica de cistectomía, les llevó a pensar que esta última tenía naturaleza curativa. Es más al comenzar a quejarse de la cadera y muslo izquierdo tras la intervención, es uno de los facultativos el que en su propia consulta

atribuye el dolor a la postura en la que permaneció en la mesa del quirófano, recetándole unos medicamentos para afrontar el mismo.

La comunicación a la familia de la información con que se contaba al momento de la intervención, quizás les podía haber evitado la extrañeza por los aludidos dolores de gran intensidad que padeció el interesado en el postoperatorio, localizados en cadera y muslo; o al saber de antemano que no volvería a andar, no hubieran intentado que lo hiciera; o a lo mejor habrían acudido más rápidamente a buscar ayuda terapéutica frente al dolor, y sobre todo no habrían padecido el fuerte impacto emocional que supuso enterarse del auténtico alcance de la enfermedad en la visita a urgencias.

Por nuestra parte distinguimos que el derecho a la información se concibe de una manera independiente al consentimiento informado, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de la salud de un paciente, con un contenido mínimo que integra la finalidad y naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. Debe proporcionarse de manera clara y adaptada a las circunstancias del paciente, así como adecuada, ampliando o reduciendo su contenido, a los deseos de este último y sus familiares.

Por eso tras la valoración de todo lo actuado concluimos que dicha información no se había producido en el proceso asistencial del paciente, pues incluso probablemente el dato relativo al resultado del TAC estaba previsto proporcionarlo en un momento posterior, pero parece claro que la información proporcionada ha sido deficitaria, al menos en cuanto al momento temporal para ofrecerla, al tiempo que no ha revestido la claridad necesaria para hacer comprensible al paciente y sus familiares cuál era su real estado de salud, pues de hecho se generaron para estos últimos unas expectativas en torno a la evolución de la enfermedad que no se correspondían con el verdadero estado de aquel.

3.- Sobre la atención proporcionada durante el ingreso hospitalario.

Ciñe la cuestión el interesado a la asistencia sanitaria proporcionada los días 25 y 26 de Diciembre, cuando tras salirse uno de los conductos de derivación cutánea de la orina, el primero de los días referidos avisaron para que se llamara al urólogo a fin de que se recolocara el mismo, requerimiento que tuvo que ser reiterado al día siguiente ante la falta de atención a aquel, y que al final fue cumplimentado por profesionales de enfermería.

En el informe hospitalario se expone que uno de los facultativos intervinientes valoraba el cambio de los tutores uretrales como una maniobra que se lleva a cabo habitualmente por enfermeros, salvo que la presencia de complicaciones haga necesaria la actuación del facultativo.

Por nuestra parte no se discutía esta afirmación, pero no se aportaban justificaciones respecto del retraso para la práctica de esta operación, y fundamentalmente resaltábamos que las manifestaciones de las enfermeras que finalmente la realizaron, poniendo de manifiesto que esta tarea no era de su competencia, o las atribuidas por el interesado al médico de guardia, en orden a que no se llamara al urólogo, indicándose en su caso que le dijeran a la familia que no estaba; y sobre las que el hospital no se pronunciaba, no contribuyeron precisamente a clarificar la situación, generando en el interesado y el resto de los familiares un sentimiento de desatención.

A la vista de todo ello y de conformidad con lo establecido en el artículo 29, apartado 1, de la Ley 9/1983, de 1 de Diciembre del Defensor del Pueblo Andaluz, se

formula a la Dirección gerencia del hospital el siguiente **Recordatorio** de deberes legales (art. 4 de la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre) así a la Dirección Gerencia la siguiente **Recomendación**:

“Que se adopten las medidas oportunas para cumplimentar satisfactoriamente el derecho a la información asistencial de los pacientes oncológicos y sus familiares, a fin de que se proporcione toda la información relevante para el estado de salud de los mismos en el momento temporal adecuado.

Que con independencia del nivel de desarrollo de la enfermedad, se promueva la humanización de la asistencia a los pacientes oncológicos, flexibilizando los procesos y protocolos al fin de comunicarles el diagnóstico con celeridad.

Que se adopten las actuaciones oportunas para que se ajusten los plazos para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de vejiga, en tanto se decide sobre la elaboración de un proceso asistencial integrado relativo al mismo”.

Dichas recomendaciones están pendientes de contestación por la citada Dirección Gerencia al cierre del presente informe.

2. 1. 7. Copago farmacéutico.

Como quiera que el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de Abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, ha venido a establecer un nuevo sistema de aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria (la que se dispensa a través de las oficinas de farmacia), desde que ha iniciado su aplicación, generó numerosas consultas ante esta Institución, circunstancia que motivó a que diéramos publicidad en la pagina web de esta Institución un comunicado relativo al mismo en el que detallábamos las novedades de la nueva regulación.

En la mayoría de los casos los ciudadanos están mostrando un elevado nivel de desinformación, que no está siendo resuelto por los interlocutores a los que se están dirigiendo. En otros empiezan a plantear los primeros desajustes en la aplicación de la norma, relacionados fundamentalmente con adscripciones erróneas a los distintos grupos de renta, en función de los cuales se determina el porcentaje de participación en el precio del medicamento.

A) Porcentaje de aportación del usuario aplicable al PVP de los medicamentos:

	Activos	Pensionistas
Renta < 18.000 €/año	40%	10% con un límite de 8 €/mes
Renta > 18.000 €/año e < 100.000 €/año	50%	10% con un límite de 18 €/mes
Renta > 100.000 €/año	60%	60% con un límite de 60 €/mes

B) Aportación reducida:

10% en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida con una aportación máxima de 4,13 € por envase (revisable anualmente).

C) Exentos de aportación:

- Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contenidos en su normativa reguladora
- Perceptoras de rentas de integración social
- Personas preceptoras de pensiones no contributivas
- Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación
- Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

La propia Ley del medicamento de 2006 (tras su reforma por el citado Real Decreto-ley) prevé el reembolso a los pensionistas de la seguridad social y a sus beneficiarios, de las cuantías por ellos aportadas en concepto de prestación farmacéutica ambulatoria, que superen límites mensuales de 8, 18 o 60 euros, según el nivel de renta aplicable en cada caso.

Por Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, de fecha 27 de Junio de 2012, se aprobó un procedimiento común de reembolso de estas cuantías mediante el ingreso automático por cada Servicio de Salud en la cuenta bancaria en la que esté domiciliada la pensión del titular pensionista o bien, en su caso, a instancia del propio interesado.

Para el cálculo de las cantidades a reembolsar, en tanto no esté definitivamente implantada la dispensación mediante receta electrónica, se tendrá en cuenta el registro de facturación mensual de recetas que realizan los colegios oficiales de farmacéuticos. La determinación del tope máximo de aportación que corresponde a cada usuario es competencia del INSS de acuerdo con los datos de renta facilitados por la Agencia Tributaria.

La norma prevé un procedimiento para el reintegro de lo que los pensionistas paguen en exceso por sus medicamentos respecto del tope mensual fijado en función de su nivel de renta, aunque sobre este particular la Administración Sanitaria Andaluza anuncia que en el territorio de nuestra Comunidad Autónoma se ha articulado un sistema que impedirá que abonen mensualmente más que el tope que les corresponde, no viéndose obligados a adelantar dinero y a solicitar su devolución con posterioridad.

2. 1. 8. Centros.

Tras la publicación, en Diciembre de 2007, de la Ley de Farmacia de Andalucía, en base a la cual se convocó el actual concurso de apertura de 312 nuevas farmacias, estando previsto que a finales de 2010 hubiera finalizado el mismo. Los criterios que se tuvieron en cuenta por parte de la Consejería fueron la densidad demográfica, las características geográficas y la dispersión de la población, además de factores

socioeconómicos y sanitarios, con el objetivo de garantizar unas adecuadas condiciones de accesibilidad en la asistencia farmacéutica para la ciudadanía.

La circunstancia de que una Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 8 de Octubre de 2012 anulara determinados preceptos de la Orden de convocatoria de 8 de Abril de 2.010: los artículos 4.4 (que vedaba el concurso a los mayores de 65 años), 4.5 (sobre la obligación de los cotitulares de participar conjuntamente) y 7.3 (que incrementa un 10% la puntuación a los desempleados), conllevó que se presentaran distintas quejas manifestando su opinión sobre la continuidad o paralización de dicha convocatoria, que afecta a un número muy considerable de oficinas de farmacia en Andalucía (374 nuevas oficinas) que desde su inicio estuvo unido a una alta litigiosidad.

Se da la circunstancia de que la Consejería inició en Septiembre de 2012 la apertura de su tercera y última fase de este concurso público para más de 60 boticas que habían quedado “*libres*” en las dos fases anteriores por haber sido sus titulares adjudicatarios de una nueva oficina.

En este último proceso aspiraban un total de casi 2.000 farmacéuticos que nunca han sido titulares de una farmacia y que lo solicitaron al convocarse el concurso, resultando perjudicados los adjudicatarios provisionales (313) de la primera fase.

Las nuevas farmacias suponen un incremento sustancial respecto al número actual existente (3.550 aproximadamente) y se distribuyen en las zonas identificadas como necesitadas de este recurso por ser espacios de crecimiento de grandes ciudades, zonas de costa que incrementan su población en periodos de vacaciones o para cubrir las necesidades de la población de pequeños núcleos.

Finalmente, por Resolución de 16 de Enero de 2013, de la Dirección General de Planificación y Ordenación Farmacéutica, se da cumplimiento de las sentencias dictadas por el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía a este respecto modificando diversas Resoluciones administrativas dictadas con anterioridad en el procedimiento administrativo del concurso público de adjudicación de oficinas de farmacia en las que se excluyeron solicitudes a las que se les aplicaron los artículos 4.4 y 4.5 de la Orden de convocatoria que han sido declarados nulos. Asimismo, deben ser modificadas las Resoluciones de aprobación de puntuaciones definitivas que aplican el incremento de puntuación por razón de desempleo previsto en el artículo 7.3 que también ha sido declarado nulo (dicha resolución va refiere exclusivamente a las solicitudes que se encuentran en las situaciones señaladas, sin perjuicio de las resoluciones que se dicten con respecto a las nuevas solicitudes presentadas al amparo de la Orden de 12 de Diciembre de 2012 (en la que se recogen los efectos derivados de las citadas sentencias).

Así pues se modifica la Resolución de Marzo de 2011, por la que se aprueba la lista definitiva de personas admitidas y excluidas y puntuación provisional correspondiente al concurso público, declarando admitidas, en las fases y cupos señalados, las solicitudes que fueron excluidas en aplicación de los artículos 4.4 o 4.5 de la Orden, declarando a la par admitidas, en las fases y cupos señalados, las solicitudes que fueron excluidas por incumplimiento del requisito de edad de la persona solicitante mediante resoluciones individuales, así como modificando las resoluciones que declaran aprobadas listas de puntuaciones definitivas en 2011 y 2012, en el sentido de minorar las puntuaciones

definitivas de las solicitudes, a las que en su día se les aplicó el incremento por desempleo previsto en el artículo 7.3 de la Orden de convocatoria.

**SECCIÓN CUARTA:
QUEJAS REMITIDAS Y NO ADMITIDAS**

I.- DE LAS QUEJAS REMITIDAS A OTRAS INSTITUCIONES SIMILARES.

SALUD

En el **Área de Salud** fueron remitidas al Defensor del Pueblo Estatal y otros Comisionados Autonómicos aquellas quejas en donde concurría una falta de competencia de esta Institución para conocer de los hechos que nos trasladaban, en la mayoría de los casos por una falta de asistencia sanitaria, como son la **queja 12/544**, remitida al Greuges de la Comunidad Valenciana al no ser operado de urgencia en un hospital de dicha comunidad, la **queja 12/4509** al encontrarse en trámite la tarjeta de residencia de familiar de ciudadano de la Unión Europea, o la **queja 12/6179** al no ser vacunado de la gripe al haberse trasladado temporalmente a otra comunidad autónoma.

II.- DE LAS QUEJAS RECHAZADAS Y SUS CAUSAS.

1. QUEJAS ANÓNIMAS.

2. FALTA DE COMPLETAR DATOS NECESARIOS.

Fueron inadmitidas en el **Área de Salud**, 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 a modo ilustrativo, dada la variedad de asuntos que nos han sido trasladados, la atención pediátrica (**queja 11/2906, queja 11/5713, queja 12/1414 y queja 12/2181**), o la atención especializada (**queja 12/501, queja 12/1486, queja 12/3161, queja 12/2119 y queja 12/4472**).

3. DUPLICIDAD.

4. NO IRREGULARIDAD

En **materia de Salud** los expedientes no admitidos a trámites representan un porcentaje elevado de quejas aquellas en las que no una actuación irregular por parte de la Administración.

Pese a su diversidad (facturación por MUFACE –**queja 12/1509**-, exclusión de lista de espera en tratamiento de fertilidad –**queja 12/2855**-, o problemas para la expedición de tarjeta sanitaria para viajar al extranjero –**queja 12/4888**-), podemos reseñar aquellas relacionadas con una Incapacidad Laboral Transitoria donde los interesados discrepan de una u otra forma con el alta médica, así la **queja 12/528, queja 12/2396, queja 12/4470, queja 12/4476 y queja 12/5080**.

Por otro lado, también han abundado las quejas relacionadas con distintos aspectos de la financiación en las prestaciones farmacéuticas, como la **queja 12/958** (receta especial para crema de fotoprotección), **queja 12/1684** (tratamiento para paciente con linfoma de Hodgkin refractario), **queja 12/3389** (Medicación para leucemia mieloide pasa a dispensación hospitalaria), **queja 12/3390** (aportación al pago de los medicamentos por parte de enfermos crónicos no pensionistas), **queja 12/3532** (exclusión del diclofenaco de la financiación del sistema sanitario público), **queja 12/4870** (dudas sobre el precio de los medicamentos que suministra el farmacéutico), o **queja 12/4958** (disconforme con la exclusión de medicamentos de la prestación farmacéutica y el copago de los pensionistas).

5. JURÍDICO-PRIVADA.

En el **Area de Salud** se han inadmitido a tramite las quejas en las que se nos trasladaban cuestiones a dilucidar entre particulares en las que carecía esta Defensoría de competencia, correspondiéndose la inmensa mayoría a cuestiones de consumo, como la **queja 11/5986** (le explota botella de vino), **queja 12/1425** (venta de coche con daños ocultos), **queja 12/3125** (estafa domiciliaria por revisión de instalación de gas), **queja 12/3204** (no indemnización de siniestro por seguro de hogar), o **queja 12/6655** (compra de móvil defectuoso por internet).

Por otro lado, por destacar aquellas quejas que tienes que ver específicamente con la materia de Salud, la **queja 11/5384** (perdida de hueso provocado por implantes dentales realizado en clínica privada), **queja 12/4563** (rotura de prótesis de mama implantada en clínica privada) y la **queja 12/6560** (subida desproporcionada de la prima de seguro sanitario privado).

6. SIN COMPETENCIA.

Entre los expedientes que en el **Area de Salud** no han sido admitidos a trámite por falta de competencia de esta Defensoría, podemos destacar un conjunto de expedientes en los que los interesados muestran su disconformidad con el copago sanitario, así la **queja 12/3725**, **queja 12/3708** y **queja 3863**, mientras que otras son de diferentes materias como el maltrato por un médico en un centro de salud (**queja 12/5581**) o el cambio de composición de un producto dietético (**queja 12/1643**).

En **materia de Igualdad, Servicios Sociales y Atención a la Ciudadanía** en el expediente de **queja 12/6069** el interesado de 81 años nos, exponía que a causa de diversas enfermedades tenía ahora que pagar ocho euros mensuales de gastos de farmacia pidiendo nuestra ayuda para no tenerlo que hacer, igualmente, se mostraba disconforme con la reducción de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar que cobraba la persona que cuidaba a su esposa de 80 años inválida y es por lo que solicitaba la intervención del Defensor del Pueblo Andaluz en la situación descrita.

Al ser ambas cuestiones medidas adoptadas por el Gobierno de Nación, esta Defensoría no podía admitir este expediente a trámite por falta de competencia.

7. SUB-IUDICE.

En el **Área de Salud** tres únicas quejas no pudieron ser admitidas al encontrarse la cuestión que nos era trasladada judicializada, así en la **queja 12/1980** se producía una reclamación de costas judiciales consecuencia de un pleito frente a la administración, en la **queja 12/4303** se nos relata una supuesta negligencia médica indicando que se ha interpuesta denuncia ante los juzgados, y **queja 12/5045** donde existe una sentencia desestimatoria de su pretensión de existencia de secuelas consecuencia de una mala praxis.

8. SIN INTERÉS LEGÍTIMO.

En el **Área de Salud** se produjo la inadmisión a trámite de la **queja 12/3534** pues si bien se nos trasladaba la baja en el servicio de atención temprana a menores por pérdida de subvenciones, dichos hechos nos lo traslada una persona perteneciente a determinado movimiento asociativo sin ostentar la representación del mismo. No obstante, fue informada que por parte de esta Institución se habían iniciado distintas actuaciones en relación a supuestos similares planteados por diferentes movimientos Asociativos derivados de la falta de recursos.

9. SIN RECURRIR PREVIAMENTE A LA ADMINISTRACIÓN.

En **materia de Salud y Consumo** la mayoría de los expedientes donde se ha denegado la admisión a trámite lo ha sido por no haberse dirigido previamente el interesado a la administración, como en la **queja 12/157** (vulneración en un bar de la ley antitabaco), la **queja 12/1618** (engaño a persona mayor en venta a domicilio) o la **queja 12/3709** (molestias a los vecinos de consulta de médico privado), o bien si se han dirigido a la administración pero ésta aún no le ha dado tiempo a dar una respuesta como es el caso de la **queja 12/819** (falta de respuesta en reclamación ante el CHARE).

10. SIN PRETENSIÓN.

En **materia de Salud y Consumo** fueron inadmitidos a trámite aquellos expedientes donde la pretensión de los interesados es simplemente informativa, como en la **queja 12/655** donde un Ayuntamiento nos traslada un acuerdo del pleno en relación a la adjudicación de oficinas de farmacias, la **queja 12/1239** donde una determinada asociación nos traslada la denegación de su consideración como asociación de consumidores, o la **queja 12/3275** donde la interesada nos expone su parecer sobre el deterioro del sistema sanitario público.

11. TRANSCURSO DE MÁS DE UN AÑO.

En el **área de Salud** se acordó la inadmisión a trámite de una única queja donde los hechos comunicados sobrepasaban el límite del año que establece nuestra ley reguladora, así la **queja 12/2912** donde el interesado discrepa de la reducción de su porcentaje de discapacidad resultante de la revisión de la misma, siendo la resolución del reconocimiento del nuevo porcentaje de discapacidad de febrero de 2011 y el interesado recurrió contra la misma, siendo de mayo de 2011 la resolución que desestima la reclamación previa a la vía jurisdiccional social (que no sabemos si ejercitó).

12. DESISTIMIENTO.

En el **Area de Salud** con carácter previo a haber tomado una decisión sobre la admisión o no del expediente a trámite, el interesado nos traslada la resolución de su problemática, así en la **queja 12/336** no se ponía a disposición ambulancias adaptadas para discapacitados, en la **queja 12/3438** existía urgencia en la intervención quirúrgica de su hija, y en la **queja 12/5479** había demora en la colocación de un filtro en la vena cava.

TEMAS TRATADOS EN OTRAS ÁREAS TEMÁTICAS

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

I.2. Análisis de la situación en base a las quejas recibidas

I.2.04.- Salud

Durante los últimos años se había convertido en un tópico político el decir que, bajo ningún concepto, se permitiría que los ajustes económicos implicasen recortes en un derecho social básico como es el derecho a la salud. Hoy en día pocas personas se atreven a sostener este aserto y, si acaso, el debate político se centra en determinar quien ha realizado más recortes en este ámbito o quien ha justificado con mas acierto los recortes realizados.

La incidencia de la crisis en el derecho a la salud es ya innegable y las quejas recibidas durante 2012 así lo ponen de manifiesto.

En este sentido, el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, ha supuesto un punto de inflexión importante por lo que hace a las quejas recibidas en materia sanitaria, cifradas fundamentalmente sobre dos de los aspectos incluidos en la regulación: por un lado la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria del SNS; y por otro la aportación al pago de los medicamentos que se dispensan de manera ambulatoria.

Por lo que hace al primer punto, la norma introduce criterios para determinar la titularidad del derecho que entroncan con los antiguos conceptos de asegurado y beneficiario, más propios de un sistema encuadrado en el marco de las prestaciones de la Seguridad Social, que de un servicio público de salud que, por definición, tiene carácter universal y se extendía respecto de cualquier persona, nacional o extranjera, residente en el territorio nacional.

Como aspecto fundamental de la regulación destaca el tratamiento de las personas extranjeras que carecen de autorización para residir legalmente en España, quienes en principio se verían privadas del derecho a la asistencia, a excepción de las situaciones de urgencia, con independencia de los distintos posicionamientos que sobre este punto se han llevado a cabo por distintas Comunidades Autónomas, a los que más tarde haremos referencia, por constituir la nuestra una de las que se ha negado a aplicar la medida, habiendo hecho expresa manifestación de la voluntad de continuar proporcionando asistencia a las personas extranjeras que se encuentran en nuestro país en situación irregular, de la misma manera que venía haciéndose antes de la entrada en vigor de la norma aludida.

Ahora bien, en la medida en que el sistema anterior tampoco era perfecto, desde antes del Real Decreto mencionado veníamos recibiendo quejas sobre las incidencias concretas que se estaban produciendo en muchos casos de demanda de asistencia sanitaria por parte de estas personas, las cuales tenían el denominador común de la heterogeneidad en el comportamiento de los distintos dispositivos sanitarios, fundamentalmente en el ámbito de la atención primaria.

La diferencia es que ahora no solo recibimos quejas relativas a personas extranjeras que carecen de autorización de residencia, sino que también nos llegan otras protagonizadas por nacionales que han visto negado, al menos circunstancialmente, su derecho a la asistencia sanitaria, tras la aplicación de los criterios contemplados en el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, y en el Real Decreto 1192/2012, de 3 de Agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

Sirva de ejemplo la **queja 12/2856** en la que nos dice el interesado que cuando su madre se dirigió a su centro de salud a por su medicación se enteró de que le habían dado la baja en la Seguridad Social, y por lo tanto se le denegaba su derecho a la asistencia del sistema sanitario público, paralizándose a partir de entonces todos sus estudios. Manifestaba el interesado que en tanto se resolvía la cuestión su madre carecía de asistencia sanitaria y además él se estaba viendo obligado a sufragar el coste de sus medicamentos, sin tener medios para ello.

O también el expediente de la **queja 12/5834** en la que el interesado denunciaba que habían bloqueado la tarjeta sanitaria de su esposa, dejándola sin cobertura sanitaria, al parecer por estar parada y no haber percibido nunca prestación por desempleo, cuestionándose el interesado por qué no le habían informado al respecto y habían tenido que enterarse con ocasión de la demanda de realización de determinadas pruebas médicas.

E incluso podemos citar el expediente de la **queja 12/4899** en la que el interesado refería la intención de un hospital de reclamarle los gastos por la asistencia sanitaria que le había proporcionado algún tiempo antes, a lo que al parecer se uniría similar reclamación de otro hospital por la atención prestada con posterioridad a la intervención quirúrgica que precisó, justificándose esta medida por ambos centros en que por su situación de desempleo no le correspondía el derecho a la asistencia sanitaria gratuita.

En estos casos estamos informando a las personas afectadas de los criterios reflejados en las normas antes reseñadas, los cuales sin lugar a dudas les reconocen el derecho a la asistencia sanitaria, advirtiéndoles de las tramitaciones que han de realizar ante el INSS según los casos, así como de la imposibilidad de verse privadas de la atención sanitaria que precisen en tanto se resuelve la cuestión burocrática.

Por lo que hace a la atención sanitaria de extranjeros sin autorización legal de residencia, recibimos a Asociaciones que trabajan en el campo de la atención de las personas inmigrantes, realizándose por su parte la denuncia de las desasistencias que ya venían produciéndose, a las que se han añadido las que resultan amparadas por la nueva regulación, planteándose la necesidad de contar con un pronunciamiento expreso de la Consejería competente sobre esta cuestión, que al menos pudiéramos utilizar para combatir las situaciones puestas de manifiesto en las quejas individuales o colectivas que se nos planteen.

La segunda cuestión de calado que resulta afectada por el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, y que ha tenido incidencia en forma de quejas ante esta Institución, es la relativa a la aportación de las y las personas usuarias al coste de los medicamentos en lo que se refiere a la prestación farmacéutica ambulatoria (la que se dispensa a través de las oficinas de farmacia).

El régimen de aportación de las personas usuarias al precio de los medicamentos ha cambiado sustancialmente, en primer lugar porque un colectivo tradicionalmente exento de aportación, como es el de pensionistas, ahora se ve obligado a abonar un porcentaje del precio (10%), aunque se establecen límites mensuales de gasto en función del nivel de renta de cada persona. Por otro lado quienes no pertenecen a dicho colectivo dejan de contribuir con un porcentaje único, que exclusivamente se exceptuaba en los casos de medicamentos aplicados al tratamiento de enfermedades crónicas, por causa de la fijación de tres porcentajes distintos que también se establecen en relación con el nivel de renta.

A lo anterior hay que añadir que por Resolución de 2 de Agosto de 2012 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios y Farmacia del Ministerio de Sanidad, por la que se actualiza la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica del SNS, se sacan de la financiación del sistema 417 medicamentos de uso muy común, generalmente por considerar que se utilizan para el tratamiento de síntomas menores y cuyo coste debe ser asumido íntegramente por toda persona que lo necesite.

A resultados de lo anterior nos encontramos con que han llegado múltiples quejas y consultas en las que principalmente se manifiesta el rechazo para con las medidas adoptadas, poniendo de relieve en muchos casos la imposibilidad de hacer frente al coste que han de abonar por los medicamentos consumidos mensualmente en el ámbito familiar. Esta denuncia, que no nos resultaba extraña antes de la reforma, pues contábamos con quejas de ciudadanos o familias que ante el padecimiento de discapacidades elevadas o enfermedades crónicas, se veían obligadas a hacer frente a un gasto en medicamentos que no podían afrontar con los recursos de los que disponían, se ven acrecentadas ahora, sobre todo desde el colectivo de pensionistas.

En segundo lugar tenemos que reseñar otro importante número de quejas que se producen por la disconformidad en cuanto al grupo en el que se le ha incluido a efectos del copago, por considerar que no se corresponde con sus circunstancias actuales. En este sentido la norma señala que el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) comunicará a la Administración Sanitaria el dato relativo al nivel de aportación que corresponde a cada usuario, sin que dicho dato incluya la cuantía concreta de las rentas. Este mandato se traduce en la asignación individual de un código que determina cuál es el grupo en el que se incluye a cada persona a efectos de aportación, pero en muchos casos este código es erróneo porque se han tenido en cuenta rentas de ejercicios anteriores (declaración de la renta correspondiente al año 2010), o porque no se han registrado circunstancias que determinan la exención en el pago (desempleo sin derecho a prestaciones).

En estos casos nos encontramos con que las Administraciones implicadas niegan la competencia para resolver las reclamaciones que la ciudadanía está planteando por este motivo. En concreto la Administración Sanitaria Andaluza ha incluido en su página web un formulario tipo a cumplimentar por los ciudadanos con el objeto de presentar después esta reclamación ante el INSS. Sin embargo el INSS por su parte considera que este aspecto no le compete y que las reclamaciones deben ser resueltas por el SAS, habiéndose puesto en contacto con esta Institución incluso algún responsable de la Dirección Provincial del INSS en Sevilla, para manifestar el aluvión de reclamaciones que están recibiendo, y la falta de medios para dar respuesta a las mismas. En esta tesitura las personas afectadas se ven obligadas a pagar por el código que tengan actualmente asignado, aunque sea erróneo.

Por nuestra parte hemos incoado un expediente de queja de oficio con solicitud de informe ante ambas instancias administrativas, con el fin de resolver este problema, estando a la espera de recibir alguno de los informes, y sin tener constancia de que esta cuestión se haya asumido por ninguna de la dos, o se haya solventado de otra forma.

Aunque de forma más minoritaria, también se han planteado quejas relacionadas con la interpretación de los supuestos de exención de aportación, concretamente por lo que hace a la relativa a las personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica. De esta manera se han dirigido a esta Institución pensionistas que ahora se ven en la obligación de pagar, y que pretenden cambiar su adscripción desde el grupo de pensionistas al de personas con discapacidad, siempre y cuando tengan reconocida dicha condición. Esta exención se mantiene en términos similares a como existía con anterioridad, pero se nos plantean los mismo interrogantes en cuanto a la virtualidad de la misma, que los que hemos relatado en otros expedientes versados sobre esta cuestión, en tanto que la única normativa específica que les exime de contribuir al pago de los medicamentos (La Ley de Integración Social del Minusválido en el ámbito estatal) había quedado obsoleta, a pesar de los esfuerzos que en ocasiones hemos realizado para hacerla valer.

Por eso con ocasión de una de estas actuaciones (**queja 12/3828**) hemos aprovechado la oportunidad para plantear este asunto al Defensor del Pueblo del Estado, con la intención de clarificar cuál es la normativa específica en materia de personas con discapacidad a la que se refiere el apartado 8 a) del nuevo artículo 94 bis de la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos, reiterando en este sentido lo dispuesto en el apartado 3.3 a) del anexo V del R.D. 1030/2006, de 15 de Septiembre, sobre cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud; a fin de conocer quienes se ven amparados por la exención de aportación que ambos contemplan.

En el marco de las tradicionales reivindicaciones que se nos plantean en materia de asistencia sanitaria, como hemos puesto de relieve en otras ocasiones a la hora de redactar este documento, resulta muy difícil discernir aquellas que entroncan directamente con el actual contexto de crisis, de las que se que habitualmente se nos han formulado en el devenir del trabajo ordinario de esta Institución. Partimos siempre de un sistema sanitario que subsiste en un entorno presupuestario insuficiente, cuya sostenibilidad está permanentemente en entredicho, por lo que siempre se está discutiendo su alcance.

En este orden de cosas no hemos detectado un incremento significativo de quejas por demora en la asistencia, carencia de medios personales o materiales, entre los que debemos resaltar significativamente los avances tecnológicos en el diagnóstico y el tratamiento, o recorte o paralización de inversiones comprometidas, más allá de lo que viene siendo habitual. De esta manera su vinculación con la falta de medios propia de la situación de crisis económica no puede comprobarse efectivamente, sino que más bien resulta de la invocación que de esta circunstancia realizan las propias personas afectadas.

En este ámbito por citar algunas de las que hemos recibido durante este ejercicio, traemos a colación la **queja 12/166** por incumplimiento del compromiso de construcción de un nuevo centro de salud en zona norte de El Puerto de Santa María; la **queja 12/5199** sobre consecuencia de los recortes en la lista de espera de pacientes coagulados y portadores de válvulas cardíacas en los hospitales de Cádiz, el expediente de **queja 12/2324**, sobre insuficiencia de medios para la atención a pacientes oncológicos en el hospital de Puerto Real; la **queja 12/1376**, relativa a los recortes en el personal que integra

el servicio de pediatría del hospital Juan Ramón Jiménez en Huelva, o la **queja 12/3190**, formulada por el cierre durante el verano de la unidad de cuidados paliativos de Algeciras.

Por otro lado se detecta un incremento de las personas que se dirigen a esta Institución para discrepar por la facturación girada desde la Administración sanitaria por la asistencia proporcionada por el sistema sanitario público de Andalucía, en los casos de cobertura de la asistencia sanitaria a través de entidades privadas concertadas con las mutualidades a las que pertenecen.

Aunque la posibilidad de resarcirse de los gastos cuando existe un tercero obligado al pago siempre ha determinado la actuación de la Administración sanitaria para recuperar el gasto sanitario, se detecta una mayor intervención en este sentido, en la medida en que nos llegan con cierta regularidad algunos casos de pacientes que realizaron demandas de asistencia sanitaria urgente a través del operativo de emergencias 112, o directamente del centro coordinador de urgencias y emergencias (061), y fueron llevados a hospitales del sistema público, una vez que por las entidades privadas se rechaza hacer frente al pago por considerar que podían haber proporcionado ellas mismas la asistencia, y que no se requirió la misma por los medios adecuados.

Como ya hemos dicho los intentos de facturación no son exclusivos de pacientes que pertenecen a mutualidades, sino que también afectan a titulares del derecho que circunstancialmente se ven excluidos a tenor de la información que se maneja en las bases de datos de usuarios.

1.3. Las actuaciones del Defensor del Pueblo Andaluz en relación a la crisis económica

1.3.3.- En relación con el derecho a la salud

Como hemos señalado en el apartado anterior la incidencia de la crisis económica se ha dejado notar ya en 2012 respecto de derechos sociales básicos, como el derecho a la salud, pese a las encendidas promesas y proclamas que (los) responsables políticos realizaban hace poco tiempo garantizando que los mismos no se verían afectados.

Esta incidencia, derivada fundamentalmente de las medidas de ahorro presupuestario, puestas en marcha en desarrollo de las políticas de ajuste y reducción del gasto público, está ocasionando una merma, o cuando menos, un deterioro en los estándares de calidad y en los niveles prestacionales de los servicios públicos relacionados con la salud. Asimismo estas medidas de ajuste presupuestario están determinando una pérdida de algunos de los derechos o prestaciones que conformaban el genérico derecho a la salud, tal y como se encuentra constitucional y estatutariamente garantizado.

Ante esta situación, esta Institución ha desarrollado las siguientes actuaciones durante 2012:

- **Queja 12/3895**: iniciada de oficio por esta Institución y referida a la asistencia sanitaria a inmigrantes por parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Con ocasión del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, por el que se reforma no solo la legislación sanitaria, sino también la legislación de extranjería, se ha producido un cambio sustancial respecto a la asistencia sanitaria general a las personas inmigrantes en situación irregular en España. La modificación aludida establece la garantía de la asistencia sanitaria a quienes tengan la condición de asegurado, así como a personas extranjeras con autorización de residencia en territorio español, siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos establecido reglamentariamente, pero excluye a las personas extranjeras en situación irregular, a las que solo se les reconoce la atención sanitaria para los casos de embarazo, parto y postparto; urgencias por enfermedad grave o accidente, hasta el alta médica; y menores de edad, que mantienen el derecho a recibir asistencia sanitaria, en igualdad de condiciones que los españoles.

Este nuevo marco jurídico, en el que se prevé el desenvolvimiento de la asistencia sanitaria, habría de provocar que a partir del primero de Septiembre de 2012 se restringieran los derechos de las personas inmigrantes en situación irregular.

La actuación de oficio emprendida por esta Institución viene motivada por el hecho de que, aunque por la Consejería de Salud y Bienestar Social se ha venido facilitando la atención de este colectivo mediante la expedición de tarjetas de reconocimiento temporal del derecho a la asistencia sanitaria y existen voces institucionales que afirman que en nuestra Comunidad Autónoma no se van a introducir cambios, lo cierto es que no contamos con ningún instrumento normativo que legitime esta actuación, y por lo tanto no tendríamos argumentos jurídicos para requerir de la Administración Sanitaria una actuación conforme a su propio dictado, si se nos denunciase un incumplimiento.

Hay que tener en cuenta que las discrepancias respecto de esta medida se han suscitado en distintas Comunidades Autónomas, y que contra el Real Decreto Ley 16/2012 se ha promovido recurso de inconstitucionalidad por el propio Consejo de Gobierno de la Comunidad Andaluza.

Por ello, con la queja de oficio emprendida buscamos de la Consejería de Salud y Bienestar Social al menos un pronunciamiento formal en este sentido. Lamentablemente, el informe requerido aún no ha tenido respuesta pese a haber sido reiterado en dos ocasiones.

- **Queja 12/5032:** iniciada de oficio por esta Institución y referida a la aplicación del sistema de copago de medicamentos en Andalucía.

El Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de Abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, establece, entre otras, determinadas medidas relacionadas con la prestación farmacéutica del referido sistema. También se modifica la aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria, es decir, en la que se dispensa al paciente a través de oficina o servicio de farmacia, la cual se concreta en un porcentaje determinado, que se fija en proporción al nivel de renta y al concepto en que se ostente la condición de asegurado, con topes máximos de aportación en determinados supuestos y categorías de usuarios exentos de aportación.

A estos efectos la norma dispone que el Instituto Nacional de la Seguridad Social comunicará a las administraciones sanitarias competentes el dato relativo al nivel de

aportación que corresponda a cada usuario, sin que dicha información incluya, en ningún caso, el de la cuantía concreta de las rentas.

Pues bien, tan pronto como comenzaron a aplicarse las directrices del sistema derivado de la nueva normativa esta Institución recibió numerosas consultas y quejas de personas que expresaban su discrepancia con el grupo de aportación en el que habían resultado incluidas, al estimar que las rentas tomadas en consideración (IRPF del ejercicio 2010), no guardaban consonancia con su situación económica actual; invocaban el reconocimiento de la exención en el pago de aportación, sosteniendo que deberían haber sido incluidas en alguno de los supuestos que dan derecho a la misma; o se oponían al tope máximo de aportación mensual (tanto por el grupo de aportación, como en base a considerar que dicho tope es conjunto para asegurado y beneficiario del mismo y no individual).

Por su parte, la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, señalando la competencia del INSS para resolver las dudas y reclamaciones generadas en esta materia, pusieron a disposición de los usuarios un formulario de reclamación, mediante el cual pudieran canalizar sus peticiones sobre su situación de aseguramiento o derecho a la prestación sanitaria, así como respecto de su aportación o régimen de copago en la prestación farmacéutica ambulatoria, dirigido al INSS. Dicho formulario se facilita en los centros de salud del Servicio Andaluz de Salud, así como puede accederse al mismo a través de la página web de la Consejería y del Servicio Andaluz de Salud.

En sentido contradictorio, desde un Centro de Atención del INSS se nos dirigió un escrito en el que, poniendo de manifiesto la problemática expuesta, se destacaba que las reclamaciones de los usuarios, ya fuera por propia iniciativa, ya derivados por la administración autonómica andaluza, habían alcanzado un importante número, dando lugar a la afluencia masiva ante los centros del INSS, desbordando sus posibilidades de respuesta, cuando en realidad, no todas las pretensiones de los usuarios habían de ser solventadas por dicho organismo, sino que algunas de las cuestiones son competencia autonómica.

En materia competencial, el responsable del INSS en cuestión, sostiene que dicho organismo es únicamente competente en relación con el reconocimiento del derecho y el tipo de aseguramiento, pero no en cuanto al grupo de aportación farmacéutica en función de la renta, o exención de aportación, debiendo ser resueltas las reclamaciones en estos casos por el SAS.

Nuestra intención con la apertura de esta queja de oficio es la de dilucidar las competencias en discordia y clarificar a quién corresponde pronunciarse sobre cada una de las cuestiones anteriormente relacionadas y, por tanto, dar respuesta a la ciudadanía y resolver sus dudas y reclamaciones en esta materia.

En estos momentos tras haber requerido informe tanto al INSS como a la Consejería de Salud, solo hemos recibido el primero de ellos.

- **Queja 12/5544:** iniciada de oficio en relación a la paralización de la tramitación de los expedientes de dependencia.

La instauración del Sistema de la Dependencia a raíz de la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de Noviembre, supuso un punto de inflexión para el inicio de una

nueva vía de llegada de quejas a esta Institución, las cuales incidían en la distinta problemática que entonces suscitaba, y que continúa planteando, el régimen de prestaciones recogido en el mismo.

La actuación de esta Institución se ha manifestado a través de resoluciones emitidas en diversos aspectos, aunque singularmente se ha destacado la demora que afecta a los distintos trámites procedimentales, que viene determinando la dilación excesiva en el disfrute de los derechos, y en muchos casos incluso, la pérdida de los mismos.

Ciertamente tenemos que reconocer que la implantación del sistema incorporaba cuestiones de gran complejidad, que intervienen distintas Administraciones que deben coordinarse, y que el texto de la Ley ha sufrido modificaciones sucesivas, que a la vista del tiempo que se emplea en la resolución de los expedientes, vienen a alterar significativamente el curso de los mismos.

Ahora bien la demora aludida afectaba habitualmente a la fase de valoración para el reconocimiento de la condición de dependiente, con asignación del grado correspondiente; o bien a la elaboración del PIA por los servicios sociales comunitarios, con registro de la propuesta consultada con la persona solicitante o sus familiares. Sin embargo últimamente venimos detectando que los retrasos se proyectan igualmente sobre la última fase del procedimiento, cuando ya se ha validado la propuesta de PIA, y solo quedan pendientes los trámites oportunos para resolver sobre la prestación. Así nos encontramos con propuestas de PIA que cuentan más de un año de antigüedad, que no se han confirmado con la emisión de la resolución correspondiente.

Podríamos entender esta situación en algunos casos en los que la propuesta incorpora un servicio de atención residencial, cuando no existe disponibilidad de plazas, o bien cuando la persona solicitante está afectada por una enfermedad mental, lo que conlleva trámites añadidos, como el sometimiento de la propuesta a la comisión intersectorial. No nos parece que existan elementos que justifiquen la demora cuando lo que el PIA incorpora es una prestación económica, significativamente la prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

En este punto hemos detectado que desde la propuesta de PIA para una PECEF hasta la resolución reconociendo la misma se venía invirtiendo en torno a los dos meses, mientras que en la actualidad el tiempo se ha prolongado hasta superar el año, y lo que es peor, los procedimientos continúan sin resolverse hasta el punto de que esta situación ha generado en la ciudadanía un estado de opinión sobre la paralización del sistema y la falta de incorporación de nuevas personas beneficiarias al mismo, situación que por otro lado viene confirmada por los datos estadísticos a los que hemos podido acceder.

Se da la circunstancia de que la reforma operada en la Ley de Dependencia por el R.D. Ley 20/2012, de 13 de Julio, ha venido a posibilitar que se suspenda la percepción de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar por un plazo máximo de dos años, operando esta posibilidad también respecto de quienes tienen el reconocimiento de las prestaciones en trámite, sin que aún haya recaído resolución.

A lo anterior se añade que en los informes que se nos vienen remitiendo desde las unidades territoriales de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, se infiere que en este momento están pendientes de la adecuación de la normativa andaluza a los cambios introducidos en la Ley de Dependencia por el R.D. Ley más arriba

citado, considerando que los extremos de este último deben ser desarrollados reglamentariamente por nuestra Comunidad Autónoma.

A la vista de lo expuesto hemos considerado oportuno investigar estas cuestiones, habiendo recibido muy recientemente el informe requerido a la Dirección Gerencia de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia, y teniendo previsto elaborar una resolución próximamente, que traslade el posicionamiento de la Institución en este asunto, y nos permita resolver todas las quejas relacionadas.

- **Queja 12/1848:** iniciada de oficio en relación con el retraso en los pagos fraccionados de la Prestaciones Económicas por Cuidados Económicos en el Entorno Familiar (PECEF).

El Real Decreto Ley 8/2010, de 20 de Mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, vino a establecer en su disposición adicional sexta, que las cuantías en concepto de efectos retroactivos de las prestaciones económicas previstas en el art. 18 de la Ley 59/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de Dependencia, podrían ser aplazadas y su abono periodificado en pagos anuales de igual cuantía en un plazo máximo de cinco años desde la fecha de la resolución firme de reconocimiento (con posterioridad el R.D. Ley 20/2012, de 13 de Julio, ha ampliado este plazo a ocho años).

Ahora bien recientemente ha comparecido ante esta Institución un elevado número de personas a las que se ha reconocido una prestación económica de las previstas en la referida Ley, cuyas cuantías en concepto de efectos retroactivos han sido objeto de fraccionamiento, señalando el incumplimiento de los plazos establecidos para hacer frente por parte de la Administración al abono de los pagos parciales anuales.

El informe recibido de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia específicamente indica que *“la situación derivada de la actual crisis económica, y la subsiguiente dificultad de tesorería que se deriva de los objetivos de déficit planteados por el Estado a las Comunidades Autónomas, no han permitido afrontar el pago de los atrasos correspondientes a Marzo de 2012”*.

Continúa después señalando que *“esta situación ha obligado a la Comunidad Autónoma de Andalucía a plantear un plan de reequilibrio financiero, a partir del cual confiamos en retomar nuestro calendario de tesorería para hacer efectivas las cantidades adeudadas en concepto de retroactividad de determinadas prestaciones económicas”*.

En concreto nos explica que actualmente están pendientes de abono las cantidades correspondientes a Marzo de 2012, encontrándose afectadas por esta situación 24.683 personas, de las cuales 10.199 recibieron la primera anualidad en abril de 2011, mientras que 14.484 han de cobrar dichas cantidades fraccionadas por primera vez.

A la vista de lo expuesto hemos decidido requerir informe complementario a la Consejería de Salud y Bienestar Social, a fin de que nos haga saber cuáles son las previsiones respecto del calendario de pago, concretando los momentos temporales aproximados en los que las medidas de reequilibrio financiero adoptadas, permitirán, tal y como refiere la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia, hacer efectivas las cantidades adeudadas, y la forma en la que se procederá respecto a las restantes. Todo ello a fin de proporcionar la mayor información posible a las personas afectadas que han

acudido a esta Institución, así como a quienes siguen compareciendo en la actualidad con el mismo motivo.

I. PERSONAL DEL SECTOR PÚBLICO

2.6. Personal Sanitario.

2.6.1. Acceso, Provisión y Carrera.

Fueron numerosas las quejas recibidas en esta Institución en la que las personas exponían que habían participado en un proceso selectivo para la provisión de Técnicos en Documentación Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud, resultando excluidas de las listas definitivas de aspirantes seleccionados al no baremarse por el Tribunal Calificador determinados méritos consignados en su autobaremo.

Para ilustrar esta problemática, sirva de ejemplo la **queja 10/3074**.

La cuestión controvertida se circunscribía a que por el Tribunal no se habían tenido en cuenta algunas actividades formativas, al haber sido incluidas en la autobaremación realizada, en el apartado relativo a “FORMACIÓN CONTINUADA” (apartado 2.2.2 del Anexo II del Baremo de méritos de la convocatoria) 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 producía ninguna diferencia en el resultado global de la valoración de estos méritos (al tener una misma puntuación en ambos apartados), había sido objeto de eliminación de baremación por el citado Tribunal a pesar de haberse hecho esta advertencia.

La autobaremación, conforme a los diversos apartados y subapartados del baremo, no es actividad exenta de complejidad, dado los términos técnicos-jurídicos en que aparecían 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 trataba, acarreaba 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, autobaremadados y acreditados por los afectados en todas las fases del proceso selectivo, eran eliminados por el Tribunal calificador, sin mas trámite que el que se sucede con la publicación 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 no podía obviar 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 de la carga, como es la tarea no fácil de autobaremarse 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.

En la queja que analizamos la interesada alegó este extremo en el trámite establecido de publicación de la lista provisional, en el que instó la vista del expediente en orden a obtener una respuesta a la reducción de la puntuación autobaremada, y solicitando del Tribunal que actuara de oficio al objeto de corregir la situación que le afectaba.

No obstante, dicha solicitud fue desestimada mediante la publicación de los listados definitivos, sin motivación alguna que lo fundamentara.

Resultaba 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) pudiera derivar en una situación diabólica, de tal manera que al participante en el proceso no solo se le adjudicase la tarea de la baremación de sus méritos sino también la de asumir los errores que la misma pudiese acarrear, sin que por esta Defensoría se pudiera barruntar cuál era el alcance de la actividad del Tribunal en esta fase de supervisión de la autovaloración, pues aunque las bases de la convocatoria la sujetaba a una serie de criterios, en modo alguno le atribuía la facultad de eliminar méritos alegados, autobareados y acreditados por los aspirantes, mas 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 el órgano seleccionador se detectaba, subsanando con su actuación supervisora la regularidad y corrección del proceso selectivo.

Resultaba constatado que la persona interesada alegaba, autobareaba y acreditaba la posesión de una determinada titulación formativa, meritos que inscribieron 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), constituía un mero error formal que en modo alguno afectaba a la cuantificación de la baremación en este apartado 3, pero que sin embargo había sido objeto de desproporcionada sanción por parte del tribunal por vía de eliminación del mismo, actuación para la que carecía de cobertura legal alguna.

Esta doble actuación del Tribunal, primero eliminando de la autobareación los referidos cursos y, en segundo lugar, desatendiendo las alegaciones realizadas en el correspondiente trámite, ambas sin motivación expresa alguna que la fundamentase, se nos antojaba 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 veían avocados a acudir a esta instancia o a interponer los correspondientes recursos administrativos o jurisdiccionales en defensa de sus derechos.

En este sentido, consideraba esta Institución que la discrecionalidad técnica de que gozan los tribunales de selección no resultaba 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.

En consecuencia con las consideraciones expuestas, formulamos a la Dirección General de Profesionales la siguiente **Recomendación:**

“Que se den las instrucciones pertinentes en orden a reconocer los meritos alegados, autobareados y acreditados por los interesados, con los efectos que se deriven de este reconocimiento en el proceso selectivo a que se refiere”.

En respuesta a la Recomendación formulada la Dirección General de Profesionales se pronunciaba en los siguientes términos:

“(...) interpuso recurso-contencioso-administrativo ante el Tribunal Superior de Andalucía, Sala de lo Contencioso-Administrativo de Granada, según establece el artículo 10.1.a) de la Ley 29/1998, de 13 de Julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.”

No obstante, dado que la cuestión de fondo planteada en la presente queja se encontraba sustanciándose ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Granada y de conformidad con lo establecido en el artículo 17.2 de la Ley reguladora de esta Institución (Ley 9/1983, de 1 de Diciembre, nos vimos obligados a suspender las actuaciones en la queja.

Para ilustrar la problemática denunciada sobre el retraso de la publicación de la resolución de adjudicación de plazas del proceso selectivo de Técnicos de Salud, Especialistas en Medicamentos, valga la cita de la **queja 11/5522**.

La persona interesada en dicha comunicación exponía que en el año 2000, el SAS convocó una Oferta de Empleo Público para 94 categorías diferentes, a partir de entonces se empezaron a convocar concurso-oposición para cada categoría.

Exponía el interesado que se habían adjudicado todas la plazas excepto las de Técnico de Salud, Especialistas en el Medicamento (Farmacéuticos de Atención Primaria), que eran solamente 26 plazas. Esta categoría, aclaraba el interesado que estuvo suspendida porque se interpuso un recurso contencioso-administrativo, el cual hacía ya un año que se había resuelto.

En ejecución de sentencia, la Administración sanitaria habilitó un plazo para aportar los nuevos méritos, plazo éste que finalizó el 31 de Diciembre de 2010, publicándose la lista provisional de aprobados en el mes de Agosto siguiente.

No obstante, denunciaba el interesado que habían transcurrido ya tres años desde que se hizo el examen y aún estaban pendiente de publicación los listados definitivos y la adjudicación de plazas.

Resumía el interesado la problemática denunciada en la forma que a continuación transcribimos *“una Oferta Pública del año 2007, se hizo el examen en Octubre de 2008 y 3 años más tarde todavía estamos esperando que nos den nuestras plazas”*.

La presente queja fue admitida a trámite, solicitando el preceptivo informe de la Dirección General de Profesionales.

Recibido el informe solicitado del citado organismo, del mismo merecen ser destacados los siguientes aspectos:

“El desarrollo de la citada convocatoria se ha visto afectada, como apunta la reclamante en Queja, por la sentencia de 1 de Diciembre de 2008, de la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, con sede en Granada, recaída en el recurso contencioso-administrativo núm. 1677/2008, confirmada por la Sentencia de la

Sección Séptima de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 7 de Junio de 2010. Esta resolución judicial ha provocado la modificación del baremo de la convocatoria y la apertura de un nuevo plazo de presentación de determinados méritos. El Tribunal Calificador está trabajando en la resolución de las alegaciones presentadas por los aspirantes, tanto las que se formularon contra la Resolución de 13 de Abril de 2010 por la que se aprueba la relación provisional de participantes que superan el proceso selectivo como las interpuestas contra la Resolución de 11 de Julio de 2011, por la que se aprueba la relación provisional de participantes que superan el proceso selectivo tras la ejecución de la citada Sentencia.

Estimamos que en los próximos meses concluirá la tarea de baremación del Tribunal, se procederá a grabar en el sistema informático habilitado al efecto las puntuaciones definitivamente asignadas y se publicará la lista definitiva de participantes que superan el concurso oposición, abriéndose el plazo para solicitar destino. Posteriormente, se adjudicarán las plazas ofertadas conforme a lo dispuesto en la convocatoria.”

La presente queja fue objeto de archivo, al poder deducirse del informe recibido que el asunto planteado se encontraba en vías de solución.

Sobre la disconformidad no baremación experiencia adquirida en centros sanitarios no pertenecientes al ámbito de Gestión del Servicio Andaluz de Salud tratamos la **queja 12/917** y la **queja 11/5317**, entre otras.

En la primera de las quejas señaladas, su promotora denunciaba el hecho de que a efectos de baremación de la bolsa única del SAS no se tuviera en cuenta la experiencia adquirida en centros sanitarios privados.

Tras admitir a trámite la queja y solicitado informe de la Dirección General de Profesionales, este organismo entiende que la pretensión de la interesada de que se le baremase como experiencia profesional, el tiempo que estuvo prestando servicio para la sanidad privada, no podía tener favorable acogida, al no estar estos establecimientos recogidos en el baremo de la convocatoria del procesos selectivo temporal, aprobado en virtud de la correspondiente Resolución.

Dicha queja fue archivada al no apreciarse irregularidad en la actuación de la Administración sanitaria en relación con los hechos denunciados.

En la **queja 11/5317**, el interesado manifestaba que trabajó durante dos años, y diez meses y medio, en un centro sanitario concertado con el Sistema Canario de Salud.

Exponía el interesado que estando en posesión de un certificado de servicios prestados, registró su solicitud en la bolsa única del SAS, aportando la documentación requerida, en los plazos establecidos.

No obstante, el tiempo trabajado en el Sistema Canario de Salud no fue baremado.

Por último, explicaba el interesado que había formulado la oportuna reclamación al haber tenido conocimiento que el Servicio Andaluz de Salud estaba baremando los

servicios prestados por otros compañeros que trabajaron fuera del territorio español para otros sistemas de salud de la Unión Europea.

En esta ocasión, la Dirección General de Profesionales se pronunciaba en los siguientes términos:

“Primero.- en el Anexo III de la convocatoria que rige el proceso mencionado anteriormente, aprobado por Resolución de 24 de Junio de 2010 (BOJA núm., 143 de 22 de Julio), en concreto en su apartado 1.3, se dispone: «Por cada mes completo de servicios prestados en la misma categoría y especialidad en centros concertados con la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía o adscritos al Sistema Sanitario Público de Andalucía, en virtud de un convenio singular de vinculación: 0,10 puntos.»

Por lo tanto, los servicios reclamados por la interesada no fueron prestados en un centro concertado con la Consejería de Salud de Andalucía o adscrito al Sistema Sanitario Público Andaluz, sino con el Sistema Canario de Salud, por lo que no es posible su baremación al no estar contemplado en la convocatoria.

Segundo.- Así pues, los servicios prestados por la interesada, tal y como hemos manifestado en el apartado anterior, no tienen cabida en la convocatoria que rige el proceso selectivo, al ser ésta la ley a la que ha de ajustarse el mismo, tal y como viene siendo reconocido en constante y reiterada jurisprudencia y, al no haber sido impugnado dicho aspecto de la misma, ésta deviene aplicable en toda su extensión.”

Tras examinar dicha información y puesta ésta en relación con la normativa que se citaba y que resultaba de plena aplicación en el proceso selectivo en el interesado tomó parte, hubimos de concluir que efectivamente su experiencia profesional en el Servicio de Salud Canario, no podía ser objeto de baremación, toda vez que como se establecía en la Resolución de 24 de Junio de 2010, de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud, por la que se convocaba el proceso de selección de personal estatutario temporal para la cobertura de plazas básicas del Servicio Andaluz de Salud, únicamente sería baremable los servicios prestados en centros concertados con la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía o adscritos al sistema sanitario público de Andalucía.

En consecuencia, no apreciándose irregularidad en la actuación del organismo afectado, procedimos a dar por concluidas nuestras actuaciones en la queja.

Sirva como ejemplo para ilustrar la suspensión del concurso de Traslados de Personal Sanitario desde el año 2007 la **queja 12/2732**. En esta queja la persona interesada denunciaba que desde el año 2007 el Servicio Andaluz de Salud no convocaba concurso de traslados, motivando que una gran cantidad de profesionales se viesen alejados de sus familias. Concretamente, decía el interesado, que trabajaba como enfermero en el Servicio de Salud de Castilla La Mancha desde el año 2009, siendo el concurso de traslados el único sistema de provisión que le permitiría acercarse al lugar de residencia de su familia. Ante esta circunstancia, demandaba el interesado el amparo de esta Institución.

Pues bien, en respuesta a nuestra petición de información la Administración sanitaria se pronunciaba en los siguientes términos:

“De conformidad con lo dispuesto en el Estatuto Básico del Empleado Público (Ley 7/2007 de 12 de Abril) así como en las disposiciones normativas aplicables, las Administraciones públicas proveerán los puestos de trabajo mediante procedimientos basados en los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad, ya que a través de estos procedimientos de provisión se permite la reubicación del personal estatutario (en nuestro caso), en función de sus méritos adquiridos y su experiencia profesional.

No obstante sobre esta cuestión, se ha de atender al contexto de austeridad y contención del gasto público en los que estamos inmersos, que hace necesario adoptar medidas de carácter coyuntural que nos dificulta gravemente en estos momentos la facultad de convocatoria de procedimientos de concursos de traslados dado el coste económico que supondría.

El Decreto 136/2001 de 12 de Junio por el que se regulan los sistemas de Selección de personal estatutario y de provisión de plazas básicas en los Centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, modificado por Decreto 176/2006 de 10 de Octubre, dispone que los méritos presentados por los concursantes serán valorados por una Comisión de valoración compuesta por un mínimo de 5 miembros.

Sobre este particular hemos de mencionar el Decreto de 157/2007 de 29 de Mayo que modifica el Decreto 54/1989 de 21 de Marzo sobre indemnizaciones por razón del servicio de la Junta de Andalucía. En esta regulación se establecen los supuestos que dan derecho a indemnización, entre los que se encuentran la asistencia a sesiones de tribunales de oposiciones, concurso-oposiciones y concursos. En concreto en su artículo 32 se establece la regulación de las indemnizaciones a percibir por asistencias en los procesos de provisión de puestos de trabajo, ajustando las cantidades a percibir a determinadas reglas: se atenderán al número de plazas convocadas y del número de solicitudes presentadas.

Por otro lado, a todo lo expuesto anteriormente se añade que no se podrían hacer distinciones entre unas y otras categorías existentes en nuestra Institución, teniendo que convocar procedimientos de provisión todas ellas, con lo que se multiplicaría excesivamente el coste de la convocatoria de dichos traslados, ya que esto no supondría en exclusividad el pago a las Comisiones de valoración, sino que implicaría un coste en el procedimiento de gestión del mismo (solicitudes de presentación vía ordinaria o telemática, elaboración de listados, soporte informático que dé cobertura a dichas convocatorias)

Desde la Agencia se tomarán en consideración dichas peticiones, y se procederá a su estudio, no sin antes poner de manifiesto el esfuerzo económico que supondría la convocatoria de sendos concursos de traslados, atendiendo a la previsibilidad de una elevada participación.”

Tras el estudio de dicha información, no observamos irregularidad alguna en la actuación administrativa de ese Organismo.

No obstante, instamos de la Dirección General de Profesionales, la necesidad de que, en la medida de lo posible, y pese a la situación de crisis económica existente, se adoptasen las medidas necesarias, que posibilitaran y agilizaran la convocatoria de los concursos de traslados, actualmente paralizada.

2.6.2. Condiciones de Trabajo

Analizamos el establecimiento sistema de rotación de los profesionales de Enfermería por todas las Consultas Externas del Hospital de la Mujer de un centro hospitalario sevillano, a través de la **queja 11/1901, queja 11/1837, queja 11/1839; queja 11/1900 y queja 11/1902.**

En estas quejas, las personas interesadas denunciaban la gestión llevada a cabo por la Subdirección y Dirección de Enfermería del Hospital, en cuanto a la imposición de un plan de rotación de los profesionales de Enfermería por todas las Consultas Externas del Hospital de la Mujer, sin justificación, sin argumentación y sin negociación.

A juicio de las promotoras de las quejas, dicha organización provocaba la ausencia de la relación terapéutica adecuada entre el personal sanitario y el paciente, así como un detrimento de la continuidad asistencial generada por la necesidad de adquirir una serie de conocimientos específicos de cada uno de los procesos asistenciales y en cada una de las áreas por parte de los profesionales.

Invocaban las interesadas el Acuerdo suscrito el 25 de Septiembre de 1996 en el ámbito de la Dirección de Enfermería del Hospital de la Mujer, -acuerdo firmado entre los profesionales y la Dirección de Enfermería del Hospital de la Mujer- en el que se fijaron las directrices para las adscripciones a las Consultas Externas del citado centro sanitario, resultando los profesionales de enfermería adscritos a las diferentes consultas de manera fija (sin rotar), eligiendo por orden antigüedad en el servicio.

No obstante, explicaban que, a raíz de la petición de cambio de consulta por parte de una enfermera, se les comunicó por la Subdirección de Enfermería del Hospital que se iba a rotar por todas las consultas, y se les hizo entrega por escrito, de la nueva organización de las consultas externas del Hospital de la Mujer.

Alegaban las interesadas que desconocían cualquier motivación y justificación para acometer la nueva organización.

Además, decían, que en la modificación acordada unilateralmente concurrían unos defectos graves que invalidaban la orden de rotación y cambio de consultas, éstos eran:

“- Ausencia de trámite de audiencia a la Junta de Enfermería (art. 11 del Decreto 462/1996, de 8 de Octubre).

- Ausencia de trámite de audiencia a las Organizaciones sindicales más representativas (Ley 9/87 y Ley 7/2007, de 26 de Noviembre).”

En este sentido, contaban la interesadas que la jurisprudencia existente imponía que en estos casos los trabajadores cuyos intereses o derechos legítimos pudieran ser perturbados o afectados por la disposición u orden impugnada, habrían de ser oídos, en virtud del trámite de audiencia.

- La orden contenida en la nota interior había sido emitida por órgano manifiestamente incompetente ya que el cargo de Jefe de Bloque de UGC era inexistente en la plantilla orgánica del SAS y por tanto la citada orden adolecía de nulidad y debía reputarse inexistente.”

A mayor abundamiento, decían las promotoras de la queja, que muchos profesionales de enfermería tenían adjudicados estos puestos de trabajo por razones de salud laboral y adaptación de puesto de trabajo, por lo tanto el cambio introducido, suponía un vicio grave más que, vulneraría las normas de prevención de riesgos laborales, en materia de prevención de la salud de los trabajadores y otros profesionales que habían obtenido el puesto por resolución judicial.

Finalmente, opinaban las interesadas que, resultaba imprescindible que cada profesional permaneciera fijo en una misma consulta, tal como se venía haciendo, ya que en cada consulta se trataban procesos asistenciales distintos.

Por la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional se informa lo siguiente:

“Las consultas externas del Hospital de la Mujer pertenecen funcionamiento a la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Ginecología y Obstetricia. Son en total 11 consultas integradas por consultas de patología mamaria, de obstetricia, de ginecología y de enfermería. La dotación de profesionales de enfermería de estas consultas externas des de 13 Auxiliares de Enfermería y 7 enfermeras. La actividad que desarrollan estos profesionales en las consultas es similar entre sí, a excepción de las consultas propias de enfermería que son tres: Proceso Cáncer de Cerviz, Curas y Diabetes-HTA.

Los profesionales asignados a estas consultas están censados en el Hospital en dicha unidad de consultas externas, sin asignación a ninguna consulta concreta. Este censo está avalado por la normativa de acoplamiento internos pactada con las centrales sindicales. Desde 1996, por acuerdo de solo 5 profesionales de los que actualmente trabajan en las consultas externas, éstos están asignados a una determinada consulta de forma fija y 2 de ellos no tienen asignación de consulta fija, estando algunos de estos profesionales asignados allí por salud laboral. Ni la composición, ni la organización de estas consultas en el año 1996 guardan parecido con las que existen en la actualidad.(...).

(...). La Dirección de Enfermería encarga a la Subdirección de Enfermería del Hospital de la Mujer un análisis y una propuesta de solución a este problema. Tras el análisis se concluye que de las consultas que hay, solo tres son susceptibles de ser ocupadas por enfermeras y el resto por Auxiliares de Enfermería.

Ante esta situación (...) se concluye instaurar un sistema de rotación por las consultas, sistema factible y beneficioso para la organización de las consultas por diversas razones:

- No existe una alta especialización de los cuidados de enfermería que se prestan en estas consultas, aunque se ha previsto un plan de formación para que todos los profesionales de las consultas puedan trabajar por protocolos y procedimientos normalizados.

- Permite una mayor flexibilidad organizativa que facilita la cobertura de permisos y licencias.

- Fomenta el sentimiento corporativo de pertenencia a la UGC de Obstetricia y Ginecología y no a un módulo o una consulta de un facultativo en particular.

- Facilita un trato igualitario hacia todos los profesionales de Enfermería de las consultas.

(...) Las protestas recibidas provienen de un grupo de enfermeras que (...). Tras reiterar en repetidas ocasiones su falta de participación en las medidas adoptadas, se decidió abrir un periodo de negociación con la participación de los profesionales y los sindicatos implicados, paralizando las medidas adoptadas. Proceso en el cuál están inmersos.

(...) En cuanto a la ausencia de trámite de audiencia a la Junta de Enfermería, la Dirección Gerencia considera que la nueva organización dentro de la unidad de consultas externas, explicada con anterioridad, no supone modificaciones cualitativas ni cuantitativas de plantilla, ni redistribución y reordenación de recursos asistenciales dentro de las distintas áreas del Hospital.

En cuanto a la ausencia de trámite de audiencia a las Organizaciones Sindicales más representativas, la Dirección Gerencia considera que la citada nueva organización dentro de la unidad de consultas externas no supone modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo de los profesionales afectados. Siguen en su mismo turno de trabajo, en su misma unidad donde están censados y haciendo las funciones que hasta la fecha estaban realizando."

Tras examinar con detenimiento la información recibida, acordamos trasladar a la interesada el informe, a fin de que nos formulara cuantas alegaciones a su derecho pudieran interesar.

No obstante, transcurrido el plazo concedido a la interesada a los efectos anteriormente expresados, sin recibir noticia alguna por su parte, nos llevó a pensar que posiblemente, se hubiese llegado a un acuerdo, tras concluir el proceso de negociación que se encontraba en trámite a la fecha de emisión del informe emitido por la Administración sanitaria.

Analizamos la reducción del servicio de vigilancia en un centro de salud ubicado en un barrio conflictivo de Sevilla, mediante la **queja de oficio 12/1390**. Esta queja se promovió, tras conocer esta Institución la situación que afectaba a los trabajadores que

realizaban el servicio de guardia en un centro de salud de un barrio sevillano, ante la decisión adoptada por el Distrito Sanitario de Sevilla, de reducir el servicio de vigilancia con el que contaba dicho centro, quedando organizado de la siguiente forma: dos vigilantes de seguridad de 6h a 24h y un solo vigilante de seguridad de 24h a 6h los días laborables, sábados, domingos y festivos.

Asimismo pudimos conocer que, esta reducción del servicio de vigilancia, produjo en el colectivo afectado un sentimiento de desprotección y miedo a la hora de desempeñar su trabajo, habida cuenta que el barrio donde se ubicaba el centro de salud, era una zona conflictiva, con un alto índice de delincuencia, en la que tanto los pacientes como sus familiares protagonizaban con frecuencia escenas de violencia contra el personal del centro. Hasta el punto de que, algunos de los trabajadores del turno de guardia, habían sido amenazados de muerte y encañonados con un arma de fuego.

Finalmente, parece ser que tras una agresión sufrida por unas trabajadoras del centro, se acordó restablecer el servicio de vigilancia existente (dos vigilantes) durante los días laborables, no en cambio durante los fines de semana y festivos, en los que se mantenía la situación denunciada.

En el proceso de tramitación de la presente queja se solicitó informe del Director del Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla, quien en su informe se pronunciaba en los siguientes términos:

“(...) por la preocupación derivada de las agresiones que en este punto asistencial se ha venido observando, se ha dado orden para que la cobertura de vigilancia activas se incremente, quedando en todo momento dos vigilantes de seguridad, 24 horas, los 365 días del año.”

La respuesta recibida, nos permitió concluir las actuaciones en la queja, toda vez que el conflicto que motivó que esta defensoría interviniese de oficio, había quedado solucionado.

También tratamos la distribución ampliación de jornada laboral a 37,5 horas semanales en los centros sanitarios.

Para ilustrar este tema sirva como ejemplo la **queja 12/6071**. Esta queja se inició de oficio a instancias de esta Institución, tras haberse recibido numerosas quejas en las que los interesados denunciaban la forma en que se estaba procediendo en los centros sanitarios de Andalucía, a la distribución del aumento de jornada establecido en el artículo 25 del Decreto Ley 1/2012, de 19 de Junio, de Medidas Fiscales, Administrativas, Laborales y en materia de Hacienda Pública para el Reequilibrio Económico Financiero de la Junta de Andalucía.

Manifestaban los interesados, que no existían unas instrucciones únicas y claras, sobre la distribución de la jornada complementaria, sino que cada centro decidía indiscriminadamente como se iba a aplicar ésta, sin previa negociación con los sindicatos con representación en la Mesa Sectorial de Sanidad, y sin respetar, en muchos casos, el derecho a la conciliación de la vida laboral y familiar del personal. Además de provocar, en otros casos, situaciones de dudosa legalidad, como la realización de una jornada laboral de 12 horas ininterrumpida.

Por último, se ponía de manifiesto a través de las distintas quejas recibidas que, la situación denunciada no se hacía extensible al resto de organismos de la Junta de Andalucía, donde se había establecido un período de horario abierto dentro del cual se podía completar la jornada laboral, hasta cumplir las 37.5 horas en computo semanal.

En efecto, con el ánimo de investigar la situación denunciada y valorar las posibles soluciones que pudieran existir en torno a ésta, solicitamos el preceptivo informe de la Dirección General de Profesionales.

No obstante, y ante la ausencia de respuesta por parte de dicho organismo, a la fecha de redacción de estas líneas nos hemos dirigido nuevamente al mentado centro directivo instando del mismo la necesidad de que se nos remita a la mayor brevedad la información requerida.

Fiel reflejo de la problemática de las condiciones de trabajo de los Médicos Especialistas Internos Residentes, lo constituye la **queja 12/6466**. Esta queja fue igualmente iniciada de oficio por esta Defensoría, con motivo de las quejas recibidas en las que se denunciaba la mentada problemática, de la que también se hizo eco la prensa, habida cuenta la presión mediática que se estaba produciendo tras las acciones emprendidas por los Médicos Especialistas Internos Residentes, (antiguos MIR).

Días después de tener conocimiento de la situación de conflicto que afectaba a este colectivo, una representación de mismo mantuvo una entrevista en la sede de esta Institución, con su titular.

Los sanitarios residentes, nos trasladaban su preocupación, por la incidencia negativa que los recortes en sanidad estaban proyectando en su formación profesional. Y en este aspecto, querían hacer especial hincapié en la pérdida de la formación tutorial, lo que en su opinión, repercutía de forma directa en su formación, y por consiguiente, en el nivel de calidad de la asistencia sanitaria que se preste a los usuarios. Vulnerándose de esta forma el derecho que asiste a todo paciente a ser tratado por un profesional cualificado.

De otra parte, en el plano económico, las protestas de este colectivo, se centraban en la forma en que se había decidido por el Servicio Andaluz de Salud, aplicar el aumento de jornada acordado por el Gobierno de la Nación de 35 a 37,5 horas semanales.

Así, los Especialistas Internos Residentes discrepaban con el hecho de que a ellos no se les permitiese ampliar la jornada, sino que directamente se les descontasen 10 horas de los complementos, que además aparecían como no cotizadas en la nómina a pesar de haberlas trabajado. Calculaban que, entre los ajustes del Gobierno Central y los aplicados por la Junta de Andalucía, los MIR, con sueldos netos en el primer año de especialización que no superaban los 1000 euros, habían sufrido un recorte en sus ingresos que rondaba el 35%.

Después de seis años de carrera, según explicaban los interesados a esta Oficina y a los medios de comunicación, los Especialistas Internos Residentes, accedían a una plaza de formación especializada a través de una oposición que se celebra a nivel nacional. En ningún caso, esta plaza es en propiedad, sino que tiene una duración máxima de cinco años, pasando posteriormente al mercado laboral general. Es decir, que después de once años de formación, la gran mayoría de estos profesionales, los futuros

especialistas, debido a la política laboral de las administraciones, que habían optado en estos tiempos de crisis por no realizar nuevos contratos, entendía que eran escasas sus posibilidades de acceder a una plaza fija. Por ello, auguraban que, lamentablemente, su futuro pasaría por emigrar al extranjero o por la sanidad privada.

Por último denunciaban, que tras varios intentos de negociación, la Administración sanitaria ni aportaba soluciones ni admitía ninguna de las propuestas que se habían planteado como soluciones al conflicto creado.

Como primera actuación en esta queja de oficio, nos dirigimos a la Dirección General de Profesionales, solicitando de este organismo la emisión del preceptivo informe, en el que se diera respuesta a las cuestiones planteadas por los Médicos Especialistas Internos Residentes.

Pues bien, coincidiendo la elaboración de este Informe, se ha recibido en esta Defensoría una comunicación de la Dirección General de Profesionales, a la que se adjunta copia del informe emitido a propósito de la cuestión debatida, y cuyos aspectos mas destacados a continuación pasamos a reproducir:

“(...) las cuestiones planteadas en el mismo han sido objeto de negociación con los representantes de los Especialistas Internos Residentes antes de que iniciaran la huelga indefinida, y que esta negociación ha sido continuada entre el Comité de Huelga representante de los Especialistas Internos Residentes (EIR) y el Servicio Andaluz de Salud. (...).

Fruto de estas negociaciones, el pasado 21 de Diciembre se han alcanzado Acuerdos y se ha desconvocado la huelga. Los Acuerdos han supuesto alcanzar puntos de encuentro sobre las distintas materias que recoge en su escrito. (...).

He de destacarle que los Acuerdos han sido ratificados en las distintas asambleas realizadas por los Especialistas Internos Residentes, y que estos van a posibilitar la participación de representantes de este colectivo en los distintos grupos de trabajo que se establecido para su desarrollo.”

Tras una análisis detenido de la información recibida, acogemos con satisfacción que finalmente se llegara a un acuerdo entre la Administración sanitaria y los Especialistas Internos Residentes, poniendo fin al conflicto planteado.

V. MEDIO AMBIENTE

2.1.3. Contaminación.

2.1.3.1. Contaminación acústica.

2.1.3.1.1. Aprobación de un nuevo Reglamento de Protección contra la Contaminación Acústica.

Por lo que afecta a la contaminación acústica, el año 2012 ha estado marcado por la aprobación y entrada en vigor del Decreto 6/2012, de 17 de Enero, por el que se aprueba el 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.

Se trata de una norma que ha venido a reemplazar al Decreto 326/2003, de 25 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Protección contra la Contaminación Acústica en Andalucía, y cuyos cometidos principales, declarados en su preámbulo, son desarrollar los preceptos establecidos por la Ley 7/2007, de 9 de Julio, de Gestión Integrada de la Calidad Ambiental, e incorporar las novedades introducidas por el Real Decreto 1367/2007, de 19 de Octubre y por el Real Decreto 1513/2005, de 16 de Diciembre, de carácter básico.

No obstante lo anterior, ya en la fase de tramitación del Proyecto de Decreto esta Institución del Defensor del Pueblo Andaluz advirtió que en el mismo se contenían determinadas previsiones que podían suponer un grave retroceso sobre el régimen normativo existente hasta la fecha.

En consecuencia, en el propio Informe Anual correspondiente al ejercicio 2011 señalamos, por ejemplo, que 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 iban a contribuir a solucionar un problema ambiental que, según el Ecobarómetro de Andalucía de ese año 2011, era el segundo que más incidencia tenía en nuestras ciudades.

Pese a ello, el Decreto ha sido aprobado sin que por parte de la Administración autonómica se hayan acogido las sugerencias que en su momento le fueron trasladadas por parte de esta Defensoría.

Tal circunstancia nos ha obligado a incoar de oficio la **queja 12/5639** orientada a aclarar el sentido de determinadas previsiones contenidas en el Decreto 6/2012.

En efecto, a través de dicha queja se ha trasladado a la Consejería de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente las dudas interpretativas que, a nuestro juicio, ofrece el vigente Decreto 6/2012 en algunos de sus preceptos y, a continuación se le ha solicitado información acerca de la, a su juicio, interpretación correcta que ha de hacerse respecto de las siguientes cuestiones:

Si las limitaciones acústicas fijadas por el Decreto 6/2012, referentes a los niveles de emisión-inmisión de ruidos, rigen respecto de las terrazas de veladores que sean dispuestas por establecimientos hosteleros en espacios de la vía pública.

1. Si la Administración local tiene entre sus competencias la realización de labores de vigilancia, inspección, control y sanción en materia de ruidos, respecto de las mencionadas terrazas de veladores.
2. Si la declaración de zona acústicamente saturada lleva aparejada, inexorablemente, la suspensión del otorgamiento de nuevas licencias de actividades (a este respecto, téngase en cuenta no sólo la norma reglamentaria citada sino también el artículo 76 de la Ley 7/2007, de 9 de Julio, de Gestión Integrada de la Calidad Ambiental).
3. Si la declaración de zona acústicamente saturada lleva aparejada, inexorablemente, la suspensión del otorgamiento de nuevas licencias para la instalación de terrazas de veladores en la vía pública.
4. Si resulta conforme al Decreto autonómico el que una ordenanza municipal haya autorizado el otorgamiento de licencias de actividad para restaurante en una zona declarada acústicamente saturada.
5. Cuál es el plazo máximo con el que cuentan los Ayuntamientos para restaurar los niveles sonoros de una zona acústicamente saturada a los límites fijados en la norma reglamentaria autonómica.

A la fecha de elaboración del presente Informe Anual aún no ha sido recibida respuesta de la Administración autonómica a las anteriores consultas, por lo que se seguirá a la espera de conocer la opinión de ésta acerca de las cuestiones trasladadas, que se nos antojan de especial trascendencia habida cuenta que en función de la interpretación que se realice de las cuestiones apuntadas, el régimen de protección contra la contaminación acústica podría haber sufrido un importantísimo recorte respecto del contenido en el Decreto 326/2003, lo que en nada contribuiría a la solución de los permanentes conflictos sociales que se producen en esta materia.

Esperamos pues que la Administración ambiental autonómica no haya provocado, con su Decreto 6/2012, una mayor puesta en peligro de derechos fundamentales como el derecho a la intimidad personal y familiar y el derecho a la inviolabilidad del domicilio, contenidos en el artículo 18 de la Constitución.

2.1.3.1.2. Inactividad municipal en supuestos de denuncias por ruidos generados desde establecimientos hosteleros.

Siguen siendo muy numerosas las quejas que son recibidas en esta Institución del Defensor del Pueblo Andaluz como consecuencia de la inactividad municipal ante denuncias presentadas por vecinos y vecinas afectados por los ruidos generados desde establecimientos hosteleros.

Son muchos los municipios andaluces cuya actuación en este tipo de supuestos no resulta acomodada a lo requerido por el ordenamiento jurídico.

En este sentido, no son infrecuentes los casos en los que, a pesar de que existan reiteradas denuncias de personas afectadas, éstas no sean tramitadas, o si lo son, su resolución se vea amplia e injustificadamente dilatada.

Ejemplos varios de lo que comentamos los venimos encontrando, año tras año, en el Ayuntamiento de Sevilla.

A este respecto, una y otra vez esta Institución ha trasladado a las autoridades municipales de la capital andaluza la necesidad de poner fin a tan mala praxis, habida cuenta el menoscabo tan grave que se puede ocasionar a los derechos más elementales de la ciudadanía.

En este sentido, se le ha recordado incluso que en varias ocasiones el citado Consistorio ha sido condenado por la Administración de Justicia, precisamente por no ajustar su actuación a lo requerido por la Ley.

Pero lejos de que la situación se invierta, cada vez son más los casos que son trasladados a este Comisionado del Parlamento de Andalucía en los que se detectan incumplimientos graves y reiterados de las citadas exigencias legales.

Así, por ejemplo, hemos detectado casos en los que el Ayuntamiento ha otorgado licencias para instalar veladores en la vía pública a establecimientos que disponen de licencia de bar con música; casos en los que denuncias de vecinos y vecinas afectados por ruidos ni siquiera han sido tramitadas; casos de aceptación de cambios de titularidad de licencias de bares que llevaban cerrados años y que se encuentran localizados en zonas acústicamente saturadas; casos de dilaciones infinitas en la tramitación de expedientes sancionadores; e incluso varios casos en los que el propio Ayuntamiento ha incoado expedientes ordenando la retiradas de veladores dispuestos careciendo de licencia pero en los que no ha iniciado expediente sancionador por tal infracción.

Esta situación provoca, a nuestro modo de ver, una sensación de impunidad absoluta que en nada contribuye a la solución del problema. Es más, nos atreveríamos a decir que incluso es una llamada al incumplimiento, ya que no son pocos los casos en los que hemos constatado que para la ciudadanía resulta más económico incumplir que cumplir con la norma.

Para avalar lo que comentamos podemos traer a colación la **queja 12/2478**. En ella, la parte afectada nos trasladaba los enormes problemas que venía padeciendo como consecuencia de los excesivos niveles de ruido que se veía obligada a soportar, provocados por la clientela concentrada en las terrazas de veladores dispuestas por dos bares localizados en las proximidades de su vivienda.

Pues bien, a través del análisis de la documentación aportada tanto por la parte afectada como por el propio Ayuntamiento de Sevilla hemos podido conocer que la terraza de uno de los bares no cuenta con licencia para la ocupación de la vía pública, y que la dispuesta por el otro bar era mucho mayor de lo autorizado en su día por la Gerencia Municipal de Urbanismo.

Pese a ello, son palpables los excesivos y reiterados retrasos habidos en la tramitación de los expedientes de protección de la legalidad incoados por la Gerencia Municipal de Urbanismo. Especialmente llamativas resultan las dilaciones habidas para la

imposición de multas coercitivas (unos 5 meses) o en la realización de visitas de inspección orientadas a verificar si los veladores habían sido o no retirados (retrasos superiores a 1 año).

A este respecto, debe hacerse notar que desde que la parte afectada presentara sus primeras denuncias, en Septiembre de 2009, han transcurrido más de 3 años sin que la actuación municipal haya propiciado una adecuación a la legalidad de las actuaciones denunciadas; ni menos aún haya evitado la prosecución de las molestias para los denunciantes derivadas de dichas actividades ilícitas. Todo lo cual ha originado la lógica desesperanza y frustración en los promotores de la queja.

Además, en todo ese largo periodo de tiempo los autores de las infracciones objeto de denuncia han seguido obteniendo un especial lucro como resultado de la persistencia en la ubicación de más veladores que los legalmente permitidos. Unos beneficios cuya exacta cuantificación resulta difícil, aunque con total certeza superarán con creces el importe de las multas coercitivas que por valor de 1.200 € en un caso, y 600 € en el otro, les han sido impuestas por la autoridad municipal en el curso de estos tres años de actividad irregular.

La conclusión inevitable de todo ello no puede ser otra que la que comentamos, es decir, que a los infractores de la normativa les está resultando económicamente más ventajoso incumplir que asumir los costes que lleva aparejado el cumplimiento estricto del ordenamiento.

Y es evidente que así nunca podrá solucionarse el problema de la contaminación acústica.

2.1.3.2. Contaminación atmosférica.

En materia de contaminación atmosférica, entendemos preciso destacar la actuación de oficio seguida en la **queja 12/1975**.

La misma se inició ya que con motivo de la escasez de lluvias habida durante el invierno pasado, en diversos puntos de nuestra región se registraron elevadas concentraciones de contaminantes en la atmósfera que influyeron negativamente en la calidad del aire.

Tales circunstancias nos trajeron a la memoria algunos episodios registrados en ciudades como Madrid o Barcelona en las que incluso se llegó a recomendar a la población que evitara hacer deporte al aire libre.

Se puso pues de manifiesto la importancia que tiene contar con planes y programas adecuados para la protección de la atmósfera y para minimizar los efectos negativos de la contaminación atmosférica, que contemplen medidas eficaces para la consecución de unos niveles correctos de calidad del aire y que, por ende, garanticen la protección de los derechos de la ciudadanía tales como el derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, contenido en el artículo 45 de la Constitución.

De este modo, nuestra actuación ha ido dirigida a evaluar la existencia de tales planes y la efectividad de los mismos. Para ello, nos hemos dirigido a los Ayuntamientos de

las ocho capitales de provincia de Andalucía, para solicitarles la evacuación de informe acerca de las cuestiones planteadas y la aportación de copia de los planes o programas que hayan elaborado en relación con esta cuestión, al amparo de lo dispuesto en la Ley 34/2007, de 15 de Noviembre, de calidad del aire y protección de la atmósfera.

Asimismo, se consideró oportuno interesar información a la Consejería de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente de la Junta de Andalucía, acerca de las actuaciones seguidas o pendientes de seguir en relación con esta cuestión.

En atención a nuestras solicitudes de información, los Ayuntamientos consultados nos han aportado datos sobre las actuaciones seguidas en relación con la problemática expuesta. No obstante, se ha entendido oportuno ahondar más en la investigación por cuanto que la información obtenida a cerca de la eficacia de las medidas implementadas resulta escasa. De este modo, nuestra investigación sigue abierta.

Por lo que hace a la información aportada por la Administración autonómica, parece ser que la escasez de lluvias durante el invierno pasado no ha provocado que la calidad del aire en nuestra región haya sido mucho peor que la habida en ejercicios anteriores. Y ello, a pesar de que la lluvia constituye uno de los principales mecanismos para la mejora del medio ambiente atmosférico.

No obstante, tal hecho no debe llevarnos a la autocomplacencia por cuanto que, a nuestro entender, aún quedan muchas cosas por hacer y mejorar a este respecto.

En este sentido, se ha detectado que aún están pendientes de elaboración y aprobación planes y programas de índole municipal y supramunicipal, que revisten una especial importancia para asegurar el mantenimiento de una adecuada calidad del aire de nuestras ciudades.

Asimismo, entendemos esencial el desarrollo de importantes labores de seguimiento y control orientadas a lograr la máxima efectividad de estos planes y programas; para lo cual se hace necesario el incremento y mejora de la coordinación y cooperación entre las Administraciones territoriales.

2.1.5. Sanidad y salubridad.

2.1.5.1. Molestias derivadas de la instalación de contenedores junto a viviendas.

Un año más debemos reseñar en nuestro Informe Anual el elevado número de quejas tramitadas con ocasión de la incidencia ambiental que tiene la localización de contenedores de residuos urbanos en zonas cercanas a viviendas, especialmente cuando no se lleva a cabo una adecuada gestión de los residuos y no se acometen medidas de educadoras y de concienciación social sobre el adecuado uso de esos recipientes.

Ejemplo de lo que comentamos es la **queja 12/3962**. En ella, la parte afectada nos indicaba que en las inmediaciones de su vivienda se encuentran localizados dos contenedores; que el incumplimiento reiterado de las normas vigentes para el depósito de residuos en dichos contenedores y la falta de limpieza de los mismos y del entorno afectaban a la salubridad de la zona; y que esa situación estaba provocando menoscabos en la salud de sus hijos, habida cuenta que éstos padecían enfermedades que precisaban el

mantenimiento de unas adecuadas medidas de higiene y salubridad en la vivienda y su correcta ventilación.

Asimismo, nos trasladaba que había solicitado al Ayuntamiento de su localidad y a la Mancomunidad competente del servicio de limpieza el cambio de ubicación de los contenedores al objeto de poder garantizar la salud de sus hijos; que en una primera instancia, los contenedores habían sido trasladados a otro lugar cercano pero que tras diversas presiones vecinales, los contenedores habían sido repuestos al sitio originario, agravándose en consecuencia los problemas de salud de los menores.

Pues bien, previa consulta al Ayuntamiento y a la Mancomunidad, esta Institución les trasladó el que constituye su criterio general respecto a esta cuestión, asentado ya desde hace años. En este sentido se indicó que consideramos inapropiados los emplazamientos que disten ampliamente de los hogares de los vecinos o aquellos otros que, por su cercanía respecto a viviendas, pudieran generar molestias por malos olores, ruidos u otras circunstancias que inevitablemente llevan aparejadas los sistemas de depósito de residuos.

Así, entendemos que por parte de las Administraciones deben acometerse importantes esfuerzos para localizar soluciones del agrado de la ciudadanía en general que garanticen los derechos de todos y cada uno de los ciudadanos afectados. Por consiguiente, cualquier ubicación acordada de contenedores que no se ajuste a estos criterios y que no haya tenido en cuenta las opiniones e indicaciones de las personas afectadas, será valorada como inadecuada por parte de esta Defensoría.

Al margen de lo anterior, y atendiendo a las circunstancias particulares del caso que fuera objeto de análisis, esta Defensoría consideró de especial relevancia los argumentos empleados por la parte promotora de la queja para justificar su pretensión, esto es, la salud de sus hijos menores de edad.

En este sentido, se indicó que podía ser cierto, como argüía la Administración, que no existía una relación directa entre la enfermedad de los menores y la localización de los contenedores de basura en las proximidades de la casa; pero que no lo era menos el que con carácter general entorno a este tipo de infraestructuras suele acumularse alguna suciedad y que ésta sí puede incidir en el estado de salud de dichos menores.

El mantenimiento de un adecuado estado de limpieza de los contenedores y de la zona en la que se localicen no constituye sino un deber inexcusable para la Administración, por lo que su asunción no debe ser en ningún caso el criterio que debe sustentar la decisión sobre el emplazamiento concreto de los contenedores. Por ello, consideramos que deben ser otras las circunstancias a tener en cuenta para determinar si una concreta localización es adecuada o no respecto de otras posibles.

En el supuesto analizado entendimos que el bien jurídico traído a colación por la parte promotora de la queja (la salud de los menores) debía prevalecer sobre los gustos estéticos o las apetencias de otros vecinos y vecinas, por ello formulamos **Recomendación** para que se localizara un nuevo emplazamiento para los contenedores; para que se valorara la posibilidad de implementar nuevas soluciones técnicas para la instalación de contenedores de residuos en zonas de uso residencial que permitiesen minimizar la incidencia estética y ambiental de los mismos; y para que se intensificaran las labores de

concienciación ciudadana, vigilancia, inspección, control y, en su caso sanción respecto al adecuado depósito de residuos.

2.1.5.2. Problemas derivados de la falta de limpieza de fincas y solares.

La grave crisis económica que desde hace años se cierne sobre los países de nuestro entorno y el estallido de la burbuja inmobiliaria está provocando que muchos titulares de inmuebles no puedan cumplir con el deber que les impone el ordenamiento jurídico de mantener sus propiedades en las debidas condiciones de seguridad, salubridad y ornato público.

Tal incidencia viene siendo detectada por esta Institución desde el año 2011, si bien con el paso de los años y con el agravamiento de la crisis, los problemas son cada vez más numerosos y más graves.

Ejemplo de lo que comentamos son la **queja 11/5931**, la **queja 12/3620** o la **queja 12/4089**. Las mismas son plantadas normalmente por vecinos y vecinas residentes en las proximidades de dichos solares, que ven con temor cómo el estado de conservación de éstos se deteriora con el paso de los años sin que titulares ni Administraciones hagan nada al efecto.

A este respecto, debemos recordar una vez más 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.

En este sentido, por más que nos hagamos cargo de la difícil situación económica por la que están pasando muchos de esos propietarios de inmuebles y del menor atractivo que los mismos puedan tener en el mercado inmobiliario, entendemos que en estos supuestos debe prevalecer el bien jurídico que constituye la salubridad e incluso la integridad física de las personas que residen junto a esas fincas y solares abandonados.

Por ello, es nuestro deber recordar a los municipios de Andalucía, el deber de dar estricto cumplimiento a lo dispuesto en la mencionada Ley de Ordenación Urbanística de Andalucía.

VI.- JUSTICIA Y PRISIONES

2.3.1. Materias más frecuentes de que tratan las quejas atendidas.

En el presente año, entre las quejas relativas a asistencia sanitaria, figuran algunas de carácter general –iniciadas de oficio- para conocer mejor el funcionamiento de las zonas hospitalarias reservadas para atender a la población penitenciaria en los hospitales de referencia para cada establecimiento penitenciario.

Las Unidades de Hospitalización de Acceso Restringido (U.A.R.), que así se les denomina, se han ido construyendo o reformando en un proceso que dura ya unos veinte años, aunque fue a partir de 1995 cuando se establecieron unos criterios técnicos a que debían someterse todas. En Abril de 1998 un Consejo de Ministros aprobó para toda España un programa de construcción de estas unidades, que, en Andalucía, habrían de cubrir un total de 120 plazas hospitalarias situadas una en cada provincia, salvo la de Cádiz que cuenta con dos y Sevilla con tres. Las hemos visitado todas aunque a alguna habrá que volver para conocer recientes reformas.

En ese año se han visitado las de Almería, Granada y Málaga y se han protocolizado esas visitas, conforme a un cuestionario que recoge diferentes aspectos tanto sobre su estructura material y dotaciones como sobre su funcionamiento (son las siguientes quejas de oficio: **queja 12/1899**, **queja 12/1900** y **queja 12/2179**). En 2013 proseguirán las investigaciones que incluirán la realización de una encuesta a los hospitales de referencia sobre el funcionamiento de las mismas en 2012.

Un aspecto destacable de este tipo de quejas de contenido sanitario es la drástica disminución que se aprecia en las referidas a pérdidas de citas para consultas hospitalarias por incomparecencia de las fuerzas policiales para traslado y custodia. éste ha sido un problema muy preocupante durante años que ha ocupado muchas páginas de nuestros Informes Anuales. En nuestro reciente Informe Especial sobre “La intervención de la Junta de Andalucía en el sistema penitenciario”, de Noviembre de 2011, ya poníamos de manifiesto una mejora en ese aspecto si bien todavía existían problemas en dos o tres centros.

Sí se han recibido quejas sobre retrasos en intervenciones quirúrgicas, por ejemplo la de un interno de Sevilla II que viene sufriendo intervenciones en la boca, por un quiste que padece, y que estaba pendiente de una nueva intervención que se retrasaba de nuevo, según el paciente. Finalmente tuvimos conocimiento de que fue operado en el mes de Marzo aunque seguía sujeto a revisiones periódicas (**queja 12/1419**).

Otra de las relativas a intervenciones quirúrgicas la planteó un interno de 75 años que aseguraba llevar más de dos años esperando una operación de hernia en el Hospital de Puerto Real. Aseguraba que ya le habían llevado tres veces a dicho hospital pero que no le operaban y lo estaba pasando muy mal “porque el dolor es ya insoportable”, decía en su carta. Nos dirigimos tanto a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias como al referido hospital y ambos confirmaban los retrasos producidos, al parecer, por una confusión burocrática pues por dos veces las citaciones para consulta de preanestesia le fueron enviadas al paciente a su domicilio, no a la prisión donde se encontraba..

XII. POLÍTICAS DE IGUALDAD Y PARTICIPACIÓN

2.6. *Salud.*

Concentramos nuestra atención en este apartado, que pretende aportar una perspectiva de género en el ámbito de la actuación que esta Institución ha desarrollado durante el pasado ejercicio en materia sanitaria, identificando problemáticas que pudieran resultar comunes en cuanto a los planteamientos que habitualmente se nos someten a consideración, pero que se traen a colación en este punto concreto del informe precisamente por su exclusiva afectación a las mujeres.

Lo que queremos decir es que las quejas a las que vamos a hacer referencia a veces reproducen deficiencias muy comunes que son objeto de denuncia reiterada, pues se sustancian fundamentalmente como demoras, déficit de medios personales o materiales, o disfunciones en el proceso asistencial, pero en cuanto que se refieren a dolencias o a procesos naturales, aún requiriendo asistencia sanitaria, como el embarazo o el parto, que inciden exclusivamente sobre el género femenino, pueden ofrecernos una visión acorde con el asunto que nos ocupa.

Tradicionalmente nos hemos ocupado en este epígrafe de dos temas que se presentan con cierta reiteración, los cuales no han faltado durante el pasado ejercicio. Uno entronca con la atención sanitaria proporcionada a las mujeres en el proceso de embarazo, parto y puerperio, y el otro se vincula con la prestación de técnicas de reproducción asistida.

Por lo que hace al primer punto hemos concluido dos quejas que revelan malas experiencias de las interesadas a la hora de alumbrar a sus hijos en hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. En la primera de ellas, la **queja 11/1392**, el interesado exponía las circunstancias en las que se desarrolló el parto de su mujer y expresaba las dudas que tenía en relación con determinados aspectos del proceso, y sostenía que no le habían sido explicados, a pesar de haberlo requerido al matrócn que la atendió.

A su entender, a pesar de haber accedido al centro hospitalario con anterioridad y afirmarse por los profesionales que exploraron a su esposa que todo estaba bajo control, se desarrollaron actuaciones contradictorias que provocaron incertidumbre, y sobre todo intenso dolor a su esposa, que se vio abocada a una cesárea de urgencia que la mantuvo impedida para la atención de su hijo durante las primeras semanas de vida.

Para empezar, detectamos falta de coincidencia entre el relato del interesado y el informe administrativo en cuanto al momento en el que aquel, fue llamado de nuevo para acompañar a su esposa. Por lo reflejado en el informe, parece que fue cuando aquella se trasladó al área de dilatación, se le practicó una nueva exploración y se le cogió la vía con suero; mientras que según refiere el reclamante cuando le llamaron su mujer se encontraba empujando por indicación del matrócn.

Tampoco acaba de concretarse cuál es el período de veinte minutos al que se refiere, en el que manifiesta que su mujer estuvo sola. Parece coincidir con el tiempo que transcurrió desde que se trasladó al área de dilatación hasta que lo llamaron, y por lo tanto con el momento temporal en el que se desarrollaron las prácticas relacionadas (monitorización, exploración y cogida de vía sanguínea), por lo que si el matrócn que estaba realizando las mismas se ausentó en algún momento, no pudo ser por mucho tiempo en tan corto período

y, en todo caso, estas ausencias puntuales no influyeron a la hora detectar las alteraciones que comenzaron a producirse.

El segundo aspecto controvertido es el tiempo que pudo transcurrir desde que se apreciaron alteraciones en el registro cardiotocográfico hasta que se llamó al especialista. Sobre este particular no se recoge ningún dato, ni tampoco el que se empleó en que la parturienta realizara los pujos, que estaban dirigidos a comprobar si el parto era o no inminente. En este estado de situación sentimos que no podemos pronunciarnos sobre esta cuestión.

A continuación se plantea la relativa a la falta de aplicación de la epidural la cual no se justifica por la Administración por la cumplimentación de aspectos burocráticos, sino por la necesidad de que la mujer previamente se encuentre monitorizada, con vía cogida, y fundamentalmente hidratada con la perfusión de suero. Sobre el tiempo que usualmente se emplea para estas labores y la posibilidad de que aquella se aplique con dos centímetros de dilatación, tampoco podemos pronunciarnos, al tratarse de cuestiones absolutamente técnico-médicas, que solo podrían ser respondidas desde dicho ámbito.

Por último en lo que se refiere al acompañamiento, ciertamente el Decreto de 18 de Abril de 1995 que determina los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso de nacimiento, recoge el derecho de la madre a estar acompañada por una persona de su confianza durante el parto, parto, y postparto, salvo causa suficientemente justificada.

Del relato de lo acontecido no parece que el tiempo de separación del interesado respecto de su mujer fuera muy elevado (aquel lo cifra en veinte minutos), pero en este caso entendemos que las circunstancias que puedan justificar la falta de acompañamiento por parte de la persona elegida, en cuanto suponen la restricción de un derecho reconocido, deben ser interpretadas restrictivamente, y en este sentido nos hemos manifestado ante la Administración Sanitaria.

Al mismo tiempo pensamos que con independencia de que las actuaciones sanitarias practicadas pudieran ser las correctas en función de las circunstancias, nos parece que el comportamiento de algunos profesionales (agolpamiento de personal en determinados momentos, opiniones contradictorias respecto del modo de proceder, dudas manifestadas sobre el resultado de las exploraciones,...) pudo generar desconcierto al interesado y en ningún momento contribuyó a garantizar su tranquilidad y la de su esposa, respecto del devenir del proceso, por lo que en este concreto aspecto también hemos hecho hincapié ante el hospital, para que se adopten medidas que permitan subsanar estas cuestiones.

En la segunda de las quejas referidas, **queja 11/3551**, el interesado muestra su discrepancia respecto del contenido de la respuesta emitida por el hospital, a la reclamación que interpuso por la asistencia y el trato recibido con ocasión del nacimiento de su hija. Los motivos de la misma aparecen relacionados con la metodología del parto (inducción que acabó en cesárea), considerando el interesado que le debieron realizar la cesárea desde el primer momento; el lugar de la hospitalización y la falta de atención mientras permaneció ingresada.

En este punto y desde una perspectiva estrictamente técnica, comunicamos al interesado la imposibilidad de pronunciarnos respecto de la idoneidad de la dinámica

elegida para el parto, aunque en principio los profesionales siguieron el protocolo establecido por las Sociedades Científicas para estos casos, y en la decisión de practicarle finalmente una cesárea no tuvo que ver la preclampsia leve que padecía, sino la falta de progreso de la dilatación cuando llegó a un punto determinado.

Ciertamente estimamos que no resulta agradable ser hospitalizada en las condiciones que nos relataba, pero también podía resultar comprensible cuando no hay camas en el área de obstetricia, y según nos comentaba, al poco de reclamar por este aspecto, le cambiaron de ubicación.

Manifestaba también que, salvo en una ocasión, ningún facultativo acudió a visitarla, y sostenía que pudiera haber datos en la hoja de evolución sin que dicha atención se hubiera producido. Se alegaba sin embargo por el hospital que en su propia hoja de evolución, que es un documento que integra su historia clínica individual, se describían datos de exploraciones y evolución dentro de la normalidad, de manera que puesto que había solicitado copia de su historia podrá comprobar personalmente este aspecto.

En definitiva estimamos que no podíamos llevar a cabo un pronunciamiento sobre el ajuste de lo actuado a los requerimientos de la Lex Artis para el caso concreto, porque carecíamos de medios para ello, pero lo cierto es que tampoco era posible apreciar la existencia de un daño que pudiera achacarse a la acción u omisión administrativa, como requisito indispensable para poder exigir la responsabilidad patrimonial.

En este mismo orden de cosas durante el pasado ejercicio también culminamos nuestras actuaciones en la **queja 10/2163** que se había formulado en años precedentes, por una Asociación de Matronas, por la cual nos trasladaba un planteamiento general respecto del papel que corresponde a las matronas en la atención al parto de bajo riesgo, reivindicativo de la autonomía de estas profesionales para el ejercicio de las funciones para las que vienen capacitadas por su titulación, en atención al contenido del programa formativo de la especialidad.

Al mismo tiempo, e intrínsecamente ligado al incumplimiento del presupuesto anterior en el ámbito de los centros hospitalarios del sistema sanitario público andaluz, denunciaba la vulneración de los derechos de las mujeres, que se cifran en documentos, guías y programas que recogen la última evidencia científica en cuanto a la posibilidad de tener un parto natural y normal, no siempre medicalizado, que implica el tratamiento de la parturienta como si de una enferma se tratase.

En el curso de la tramitación del expediente se solicitó informe en un primer lugar a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS, y tras las alegaciones recibidas de esa parte poniendo de manifiesto aspectos concretos de la atención al parto en un concreto hospital, nos dirigimos específicamente a este último.

Desde la primera se nos comunicó que no tenían conocimiento de la existencia de conflictos profesionales por este motivo, y se reflejaron algunos aspectos del proceso asistencial integrado, embarazo, parto y puerperio, así como del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, entre cuyas previsiones figuran la mayoría de las cuestiones que, en opinión de la Asociación, deberían configurar una buena práctica de atención al parto.

Por su parte, desde el hospital aludido se nos refirió que la valoración del riesgo del parto, según el proceso asistencial integrado, correspondía al ginecólogo, aunque los partos de baja intervención los realizaban habitualmente las matronas, añadiendo que se había establecido un grupo de trabajo para la aplicación del Proyecto de Humanización de la atención perinatal en el hospital, y que se venían cumpliendo algunos de los aspectos reflejados en el mismo, aunque otros precisaban de la adaptación y establecimiento de los medios adecuados para que se pudieran ofertar sin riesgos para la madre y el niño. En todo caso el hospital negaba la posibilidad de que se pusiera en práctica estas recomendaciones de manera unívoca y al margen de las directrices establecidas en los protocolos del servicio.

A la vista de lo expuesto, por nuestra parte, apreciamos que la Administración Sanitaria Andaluza había puesto en marcha una iniciativa de atención al parto para hacerlo más humanizado que implicaba una implantación progresiva en los distintos centros. Dentro de todo, las previsiones recogidas en el mismo se establecían con carácter de recomendación y a salvo de que las circunstancias concretas del proceso de parto requieran otro tipo de intervenciones más invasivas.

En este orden de cosas, la propuesta de plan individualizado de parto, tal y como se recoge en el documento tipo elaborado para que las mujeres que lo deseen puedan presentarlo en el hospital, recoge expectativas y preferencias de las mismas, que en todo caso quedan supeditadas a la seguridad, y a la existencia de medios adecuados en el centro concreto donde se va a producir el alumbramiento.

Por lo que podemos apreciar de la escasa información que puede ofrecer la experiencia de un hospital, teniendo en cuenta además que la implantación de la iniciativa referida se ha realizado en el mismo de manera tardía respecto del grueso de los centros, algunas de las previsiones recogidas en aquella se vienen aplicando con asiduidad, mientras que otras, quizás porque requieren medios adicionales para su puesta en práctica, aún distan de ser una realidad para que puedan ser ofrecidas a las mujeres que así lo deseen.

En todo caso nos parece que la instauración de plan de parto individual debería suponer una comunicación específica y registro en la historia de la mujer para que sea conocida por los profesionales que han de atenderla, aparte de una respuesta clara respecto de los aspectos que, en función del centro hospitalario, pueden ser asumidos.

Nos parece por tanto que el análisis de esta cuestión exigiría un estudio más generalizado de todos los centros en orden a conocer el grado de implantación del Programa de humanización de la atención perinatal en los mismos, los medios de que disponen para sus distintas facetas, la evaluación que se pueda estar realizando para comprobar su cumplimiento y la aplicación de los fondos adscritos al mismo.

Consideramos por tanto oportuno, partiendo del hecho de que el programa exige la elaboración de un proyecto en cada hospital, y de que la aplicación ha de ser necesariamente progresiva, plantear este asunto con carácter general ante la Administración Sanitaria, probablemente a través de un expediente de queja de oficio.

Ahora bien, en lo que respecta al conflicto profesional por el desempeño de las funciones, necesariamente tenemos que reseñar que la Orden SAS/1349/2009 de 6 de Mayo, exclusivamente establece el programa formativo de la especialidad, y por tanto

determina las actuaciones para las que la titulación correspondiente a la misma puede habilitar.

Pero la alegada autonomía en el ejercicio de las funciones no impide por otro lado afirmar que las mismas se desarrollan en el seno de una organización que está dotada de una estructura jerarquizada, donde todas las categorías profesionales se interrelacionan en su trabajo, y están sujetas a las directrices establecidas desde los órganos directivos. Luego no podemos refrendar por ello actuaciones individuales al margen de los criterios establecidos en los protocolos de asistencia, sin perjuicio de que ese colectivo utilice los cauces establecidos, por ejemplo el grupo de trabajo al que el informe administrativo se refiere, para hacer oír su voz en orden a promover la modificación de aquellos.

Otra cuestión que se plantea de forma recurrente ante esta Institución, es la del acceso a los tratamientos de reproducción asistida y, el ejercicio pasado, no ha sido una excepción en este aspecto: exclusión de la lista de espera de fecundación in vitro por el cumplimiento de la edad de 40 años sin notificación a la interesada; denegación de registro en la misma por haber tenido previamente un hijo con tratamiento desarrollado en el ámbito de la sanidad privada; espera de tres años para acceder al tratamiento cuando su pareja está afectada de fibrosis quística, suspensión de ciclos por haber obtenido embriones no viables; o incumplimiento del compromiso de realización del segundo ciclo, suscrito al principio del proceso.

El año pasado en estas mismas páginas anunciábamos la intención de replantear de nuevo este asunto de una manera global a través de un expediente de queja de oficio, pero lo cierto es que las modificaciones normativas que se anuncian en el marco de la cartera de servicios, a resultas de la nueva regulación diseñada en el Real Decreto Ley 16/2012, de 14 de Abril, nos obligan a esperar, puesto que no son pocos los rumores que sitúan a esta prestación fuera de aquella.

Algunos otros asuntos que se nos han presentado a lo largo del ejercicio inciden en la demora que acompaña a determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos, aunque bueno es resaltar que los mismos se vieron solucionados en el curso de la tramitación de los expedientes de queja, o a consecuencia de la misma.

Así en la **queja 12/1040** una joven planteaba que estaba afectada por el desarrollo desigual de sus pechos, habiendo contactado con un cirujano del servicio público que la obligó a esperar hasta los 18 años, tras lo cual fue remitida a un centro concertado, pero cuando se suponía que todo estaba preparado para la intervención, la especialista cirujana que tenía que asistirle abandonó dicho centro, por lo que la remitieron de nuevo a la lista de espera del hospital, donde le indicaron que habría de aguardar cuatro años.

En el informe requerido a este último sin embargo, se nos explicó que la interesada ya había sido sometida a las pruebas preparatorias pertinentes, y que se iba a programar la intervención en los próximos meses.

En la **queja 12/1567** el interesado aludía a la falta de citación para la realización de una mamografía a su esposa que le habían prescrito dos meses atrás, tras la exploración realizada por su médico de atención primaria, en la que se le detectó un nódulo en el pecho.

El facultativo en cuestión la derivó para la práctica de una prueba de diagnóstico por imagen para la mama, rellenando al respecto el documento de solicitud correspondiente, y transcurridos veinte o veinticinco días sin recibir ningún llamamiento para su práctica, la esposa del interesado acudió de nuevo al centro de salud para hacer constar que el nódulo detectado había crecido, y que, además, había aparecido otro, a lo que el médico le respondió que la petición ya había sido tramitada y que no podía hacer nada al respecto.

Mostraba aquel su preocupación por el tiempo transcurrido sin la práctica de la prueba referida, teniendo en cuenta lo alarmante de la sintomatología, ante lo que le advertimos de que la realización de esta prueba está sometida a garantía de plazo de respuesta, por lo que la superación del plazo de treinta días desde la solicitud e inscripción en el registro habilitaría al reclamante para acudir a la medicina privada.

No obstante en virtud del informe administrativo se nos comunicó que se habían puesto en contacto con la esposa del interesado para darle cita para la práctica de una mamografía, la cual según nos confirmó aquel en conversación telefónica, tuvo lugar el 13 de Abril.

Por otro lado en el expediente de **queja 12/4871** la interesada exponía que había sido intervenida de una recidiva local de carcinoma de ovario y que a raíz de la intervención mencionada fue derivada para ser revisada en oncología en seis semanas. A pesar de esta indicación dicha citación no se produjo hasta tiempo después, con lo cual la especialista que le atendió le indicó que ya no era posible aplicarle quimioterapia.

Le realizaron entonces una colonoscopia con resultado incompleto, que estaba pendiente de ser repetida, e igualmente se encontraba pendiente de revisión ginecológica, sin que a la fecha de presentación de la queja la hubieran llamado para ninguna de las asistencias referidas, siendo evidente la importancia de su práctica ante el cuadro de recidiva que presentaba la paciente, que requería que se fijara de inmediato la fecha para ambas.

A la recepción del informe en esta Institución ya se había practicado a la interesada la colonoscopia, y se había revisado en oncología, estando fijadas las citas de cirugía general y ginecología, así como otra nueva revisión de oncología, ante lo cual consideramos que el asunto que motivó su comparecencia ante esta Oficina se había solucionado.

La práctica de una mamografía dentro del programa de detección precoz de cáncer de mama, fue también el inicio de un incesante camino para la interesada en la **queja 11/920**, tendente a conseguir del sistema sanitario público de Andalucía la asistencia que precisaba el carcinoma de mama que, a resultas de aquella, se le diagnosticó.

Y es que pendiente del análisis del segundo nódulo encontrado, y tras comentarle el cirujano que era preciso esperar seis meses para ver cómo evolucionan las células cancerígenas, no fue llamada desde el hospital para el análisis que faltaba, ni para nada más.

Fue derivada entonces por su médico de primaria a otro centro hospitalario de una provincia distinta, a los efectos de conseguir una segunda opinión sobre su proceso,

tras lo cual promovió la continuación de su asistencia en su hospital de referencia, en el que para su sorpresa no constaban las actuaciones precedentes.

A la vista de estos incidentes ejercitó su derecho de libre elección para el hospital de la otra provincia, donde la intervinieron y decidieron someterla a radioterapia y aunque, tras la información de la oncóloga, solicitó ayuda económica para los desplazamientos, la misma fue denegada por el hospital de referencia considerando que dicho tratamiento no obedecía a una derivación efectuada por el mismo, sino al ejercicio del derecho a la libre elección de centro.

En definitiva el problema que motivaba esta queja es de reintegro de gastos invertidos en los desplazamientos para tratamiento de radioterapia en provincia distinta a la de residencia, pero lo que realmente se ponía de manifiesto, y justificaba la Recomendación realizada en la misma, es la cuestión del abandono asistencial que motivó que la paciente ejercitara la libre elección, más que como tal elección libre, forzada por la desasistencia sanitaria padecida.

Nos dedicamos entonces, en la resolución emitida, a poner de manifiesto dicha desasistencia, que se muestra persistente y sin visos de solución, salvo por la actuación de la interesada, que de no haber mediado podría haber puesto en grave peligro su salud, y potencialmente su vida; para alcanzar la conclusión de que la misma entraña una responsabilidad administrativa, puesto que ocasiona directamente un daño evidente, el único cuyo resarcimiento se reclama, cifrado en los gastos derivados de los desplazamientos, cuyo reembolso recomendamos.

Por parte del hospital se nos ha comunicado que desde la unidad de atención al usuario se ha mantenido una entrevista con la interesada, en la que se le ha requerido para que aporte la documentación justificativa de los desplazamientos, al objeto de proceder al reembolso, lo que nos ha llevado a estimar que nuestra resolución se ha aceptado por parte de la Administración.

Por último queremos hacer referencia a la resolución emitida el año pasado en el expediente de **queja 10/6503** promovido por una Asociación de Farmacia, con el objeto de trasladarnos los peligros que para la salud de las usuarias podrían derivarse, por la incorrecta información que a su entender ofrece el folleto de divulgación de la anticoncepción de urgencia, editado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en varios idiomas y titulado "*anticoncepción de urgencia*".

Refiere la citada Asociación en la queja que dicho folleto contiene graves errores en relación con el uso de la píldora conocida vulgarmente como "del día después", banalizando su consumo, contraviniendo con ello la bibliografía existente y la información contenida en el prospecto del medicamento, así como la información que al resto de los ciudadanos dirige el Ministerio de Sanidad.

Como antecedentes contextuales, la interesada afirma que el fármaco aludido es un compuesto de alta concentración de levonorgestrel, de libre dispensación farmacéutica y acceso desde Septiembre de 2009 y, por tanto, no sujeto a prescripción facultativa, por lo que esta ausencia de indicación médica previa, priva a las usuarias no solo de la información general, sino también de la particular relativa a la adecuación o conveniencia de

la ingesta del producto en su caso concreto, así como de un dato crucial cual es el de la frecuencia de uso clínicamente admisible.

La carencia de control facultativo por las razones expuestas, que impide proporcionar individual y personalmente la información en cuestión, -necesaria para la seguridad y salud de la usuaria-, ha pretendido ser suplida y compensada a través de la difusión del folleto informativo de la Administración sanitaria, finalidad que, según la reclamante, no cumple, al menos en el extremo referido a la frecuencia de uso del fármaco, al disponer que no hay un número máximo de veces en que puede tomarse la píldora, especificando que, en realidad, *“podrías usarla cada vez que te hiciera falta”*, lo cual entienden que contradice lo determinado en sus respectivos prospectos por los laboratorios farmacéuticos que comercializan el medicamento, en los que se reseña que la administración reiterada dentro de un mismo ciclo menstrual está desaconsejada al aumentar el nivel hormonal de forma excesiva, pudiendo alterar de forma importante el ciclo menstrual.

En resumen, concluye la reclamante que puesto que conforme a la bibliografía científica no es posible asegurar que el uso repetido del fármaco en cuestión esté exento de riesgos y complicaciones y, dado que, como el mismo documento administrativo recoge, la píldora cumple una función limitada a método anticonceptivo de urgencia y, como tal, excepcional, la afirmación antedicha ha de ser eliminada, al divulgar un dato que, en el mejor de los casos, no está científicamente contrastado y que no puede ser contrarrestado o matizado por el facultativo.

Por su parte, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía afirma que el folleto no solo tiene por finalidad informar a la ciudadanía sobre el referido método de anticoncepción, sino que también constituye un material de apoyo para los profesionales que realizan una educación sanitaria integral y con perspectiva de género, habiéndose editado en diversos idiomas para permitir su accesibilidad a poblaciones de mayor riesgo.

En relación con la cuestión de fondo central, la Administración informante explica que la píldora comercializada para la anticoncepción de urgencia (de 1.500 microgramos), *“está desprovista de estrógenos y su uso repetido no plantea problemas de toxicidad”*, basándose para ello en un documento de atención primaria del año 2010, en el que se afirma también que su *“uso debe circunscribirse únicamente a aquellas situaciones de urgencia que lo requieran”* y que *“no se está haciendo un uso indiscriminado”* de la misma; y en la hoja informativa de la Organización Mundial de la Salud, que dispone que la pauta de administración no presenta efectos secundarios serios ni duraderos.

A lo anterior añade que *“hay numerosa evidencia científica en la bibliografía en la que se afirma que la libre dispensación, aún conllevando un aumento del uso de la anticoncepción de urgencia, no supone un abandono de otros métodos más eficaces, ni un aumento de las conductas de riesgo de los jóvenes”*. Así como especifica que el folleto también indica que la anticoncepción de urgencia es un recurso de reserva, no siendo recomendable que se use como método anticonceptivo habitual, que se recomienda utilizar métodos anticonceptivos de forma planificada y que el preservativo es el único de dichos métodos que previene infecciones de transmisión sexual.

Dado traslado del referido informe a la reclamante, concluye la misma que, efectivamente, el folleto en discordia contiene información cierta, válida y contrastada, lo

que no obsta a que la afirmación destacada sea científicamente errónea, insistiendo en la necesidad de su eliminación por las consecuencias y riesgos para la salud de las usuarias.

Por nuestra parte no hemos discutido ni examinado la conveniencia de que la administración de la píldora anticonceptiva de urgencia esté sometida o no a prescripción facultativa, sino que, partiendo de dicha realidad, común en todo el Sistema Nacional de Salud, únicamente analizamos si la afirmación que la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía divulga en su folleto informativo, sobre la reiteración o frecuencia posible de su uso, entraña o no un riesgo, real o potencial, respecto de las destinatarias de dicha información, es decir, sus usuarias.

Lo cierto es que el folleto, tras definir qué es la anticoncepción de urgencia y su posología o dosis y forma de administración, formula la pregunta de su frecuencia de uso y la responde en los siguientes términos:

*“¿Cuántas veces puedo tomarla?
No hay un número máximo. Podrías usarla cada vez que te hiciera falta.
Pero recuerda: Es un método de urgencia. No es recomendable que lo
uses como método anticonceptivo habitual.”*

Ciertamente, el tríptico administrativo, se refiere a la posible frecuencia de uso de la píldora, utilizando el término “*podrías*”, (podrías usarla cada vez que te hiciera falta), que más tarde completa matizando que no es recomendable su uso como método anticonceptivo habitual. Sin embargo, aun cuando esta forma verbal es menos rotunda que si se hubiese empleado la de “*puedes*”, el matiz posterior resulta poco eficaz por dos razones. Por una parte, porque el primer mensaje que recibe la destinataria es el de que es posible tomar la píldora siempre que la necesite (cuestión evidente, siendo libre su adquisición), es decir, que no existe peligro ni riesgo que obste a un uso reiterado de la misma en cada ocasión que sea preciso. Por otro lado, porque lo que a continuación se hace es simplemente desaconsejar su uso como medio anticonceptivo habitual, al tratarse de un método de urgencia, si bien sin especificar cuál es la razón que lo desaconseja, es decir, si de salud de la usuaria, de eficacia contraceptiva, o cualquier otra.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, adscrita al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, publica en su página web la ficha técnica o prospecto de los dos fármacos que actualmente comercializan la píldora de anticoncepción de urgencia compuesta por levonorgestrel, Norlevo y Postinor, ambos de 1.500 microgramos por comprimido.

En los prospectos de ambos medicamentos, aprobados en Septiembre de 2009, además de las indicaciones terapéuticas, posología y forma de administración, contraindicaciones, advertencias y otra información preceptiva, se contienen advertencias referidas a los riesgos derivados de un consumo no excepcional de la píldora. De este modo, tras especificar que la anticoncepción de urgencia es un método que debe utilizarse únicamente de forma ocasional, concretamente en situaciones de urgencia y nunca como un método anticonceptivo habitual, se justifica que ello es así, entre otras razones, porque “*en el caso de consumo habitual existe el riesgo de sobrecarga hormonal y de aparición de problemas durante el ciclo que no son recomendables*”; y, por otra parte, también se advierte de los peligros derivados del consumo, ingesta o administración reiterada de más de una vez dentro de un mismo ciclo menstrual, desaconsejándolo “*debido a un aumento excesivo de hormonas en la mujer y a la posibilidad de alteraciones importantes en el ciclo*”.

La Consejería de Salud argumentó, en cambio, que la píldora comercializada para la anticoncepción de urgencia (de 1.500 microgramos), *“está desprovista de estrógenos y su uso repetido no plantea problemas de toxicidad”*, basándose para ello en las siguientes fuentes:

- Documento de atención primaria del año 2010, en el que se afirma también que el uso de la mentada píldora *“debe circunscribirse únicamente a aquellas situaciones de urgencia que lo requieran”* pero que, en todo caso, *“no se está haciendo un uso indiscriminado”* de la misma.

- Hoja informativa de la Organización Mundial de la Salud, que dispone que la pauta de administración no presenta efectos secundarios serios ni duraderos.

En suma, ninguno de los documentos citados por la Consejería de Salud se refiere el caso concreto que analizamos, es decir, no se pronuncian sobre si puede derivarse un riesgo para la salud de un uso repetido y, mucho menos, de un consumo abusivo; riesgo que sí concretan los prospectos de los fármacos que comercializan la píldora, en los términos transcritos.

Por su parte, como destaca la reclamante, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, indica en el informe de evaluación de medicamentos compuestos por el principio activo de esta píldora, que *“los datos de seguridad recabados se refieren al uso de estos medicamentos en las condiciones que establece la ficha técnica, es decir, cuando se utilizan como método ocasional a las dosis recomendadas”*.

En Septiembre de 2011 se publicaron los resultados del estudio poblacional sobre uso y opinión de la píldora objeto de esta queja, promovida por la Sociedad española de contracepción y realizado por la entidad Sigmadós, del que resultó que el 33,3% de las mujeres entre 14 y 50 años considera que este fármaco es un método anticonceptivo habitual y que el 53,4% cree que es abortiva.

En las fechas actuales acaban de ser publicados los datos estadísticos referidos al consumo de la píldora anticonceptiva de urgencia en el ámbito nacional, conforme a los cuales, desde la vigencia de su libre dispensación se ha producido un incremento notable de su uso. Específicamente revelan estos datos cuantitativos que se ha doblado su consumo pasando de 30.000 a 60.000 unidades mensuales.

La propia Administración reclamada reconoce que *“hay numerosa evidencia científica en la bibliografía en la que se afirma que la libre dispensación, aún conllevando un aumento del uso de la anticoncepción de urgencia, no supone un abandono de otros métodos más eficaces, ni un aumento de las conductas de riesgo de los jóvenes”*.

De este modo, si ponemos en relación el hecho objetivo de que la libre dispensación lleva aparejado el incremento del consumo, con el dato científico de los riesgos y problemas que resultarían de un consumo habitual, abusivo y/o reiterado dentro de un mismo ciclo menstrual, concluimos en la conveniencia de que la información que se transmita a las usuarias por la Administración responsable, sea no solo clara e inequívoca, sino que evite afirmaciones basadas en meras posibilidades (*“podrías”*) que induzcan a la usuaria a error o provoquen un consumo del producto en condiciones de causar perjuicio a

su salud; y, en todo caso, es exigible que no realice afirmaciones carentes de un sustento científico inequívoco.

El análisis de la información suministrada por otras Comunidades Autónomas a este respecto cabe deducir que se difunde información que, o bien advierte de que pueden producirse efectos perjudiciales para la salud por un uso frecuente y/o por un abuso (caso de Madrid), o bien se elude este punto porque se reseña, incluso en mayúsculas, que se trata de un método no ya de urgencia, sino incluso de emergencia (término que se emplea tanto en el caso de la Administración madrileña como en el de la cántabra). En ninguna de las comunidades autónomas cuya información ha sido expuesta de forma ejemplificativa, se afirma que la píldora pudiera ser usada cada vez que a la usuaria le hiciera falta recurrir a ella, como ocurre en la andaluza, siendo ello aún menos prudente cuando dicha posibilidad de uso recurrente no va acompañada de las advertencias oportunas.

En resumidas cuentas constatamos pues que los prospectos de las dos formas comerciales de la píldora, reconocen los riesgos derivados de un consumo no excepcional de la misma que, por tanto, existen, conforme a la máxima general de que nada es malo aplicado a su necesidad y en su justa medida.

La posibilidad de riesgos es asumida por la Administración competente en materia sanitaria de otras Comunidades Autónomas, que, como se ha expuesto, advierten de los mismos y/o se refieren a la anticoncepción de urgencia como un método de “*emergencia*”.

Desde la vigencia de su libre dispensación se ha producido un incremento notable de su uso, aunque, no obstante, desconocemos qué incidencias pueden haberse detectado en la salud de las usuarias tras este incremento, dado que no hemos podido acceder a estudios que traten esta cuestión ni sabemos si existen.

Independientemente del porcentaje de usuarias que hagan un uso indebido de la píldora, empleándola como método anticonceptivo habitual y no de urgencia como es, consideramos que la ausencia de un previo control, evaluación y prescripción médica del fármaco, obligan a la Administración sanitaria a extremar las precauciones en aras de evitar posibles riesgos y convierten en imprescindible el guardar un escrupuloso rigor con los términos de la información divulgativa genérica que se facilita, máxime cuando se proporciona también a población no autóctona y cuando entre sus destinatarias se encuentran adolescentes, mujeres menores de edad, en pleno proceso de formación y educación sexual y reproductiva.

En la práctica habitual, el farmacéutico ha asumido el compromiso de informar debidamente a las usuarias que demandan el fármaco que examinamos, así como, -al menos en nuestra Comunidad Autónoma- entrega al propio tiempo el folleto divulgado por la Consejería de Salud, razón por la cual consideramos importante la exactitud de su contenido.

Es deber de la Administración sanitaria andaluza la educación para la salud en los términos en que la define la Ley de Salud Pública de Andalucía 16/2011, de 23 de Diciembre, es decir, el promover las “*actuaciones encaminadas al conocimiento, aprendizaje y desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad*”.

Conviene esta Institución en que el folleto de divulgación de la anticoncepción de urgencia editado por la citada Consejería, contiene información útil y acertada, dirigida a fomentar la finalidad antedicha, es decir, a educar a la población destinataria de su contenido. Ello no obsta a que, por las razones explicadas estimemos que la afirmación referida a la posible frecuencia o reiteración en el uso de la píldora cada vez que a la destinataria le haga falta, sin hacer advertencia de los riesgos expresados en los prospectos de sus presentaciones comerciales, induce a la usuaria a error, omite una información esencial y la expone a un riesgo incierto sin que la afectada pueda decidir si acepta asumirlo.

Por todo ello hemos considerado que el folleto debe ser modificado o completado su contenido, en los términos alegados por la reclamante, y en consonancia hemos formulado a la Consejería de Salud y Bienestar Social una **Sugerencia** en los siguiente términos:

“Que incorpore al folleto rubricado “Anticoncepción de urgencia”, las cautelas contenidas en la ficha técnica a que se refieren los fármacos que comercializan la píldora, referidas a la frecuencia de uso de la misma, uso abusivo y administración reiterada en más de una ocasión dentro de un mismo ciclo menstrual”.

En este sentido la Consejería aludida a dado respuesta a nuestra resolución, dando conformidad a la Sugerencia anteriormente reflejada, de manera que el texto de la pregunta “¿Cuántas veces puedo tomarla?”, quedará redactado como sigue:

“No hay un número máximo. Podrías usarla cada vez que te hiciera falta, pero teniendo en cuenta que la administración reiterada dentro de un ciclo menstrual está desaconsejada debido a la posibilidad de alteraciones en el ciclo. La anticoncepción de urgencia es un método de uso ocasional. En ningún caso debe sustituir a un método contraceptivo convencional”.

SECCIÓN TERCERA: LOS DERECHOS DE LOS MENORES

a. Menores con necesidades especiales.

Tal como viene ocurriendo en años anteriores, dentro de este apartado resulta obligado destacar las quejas que nos presentan familiares de menores afectados por trastornos de conducta, angustiados ante la ausencia de síntomas de mejoría y la sucesión de incidentes violentos que afectan al menor y su entorno familiar y social de relaciones. Todo ello sin que la respuesta asistencial de las Administraciones parezca siquiera paliar dicha escalada de acontecimientos. La problemática de los menores con trastornos de comportamiento es amplia y se trasluce en las quejas, o más bien llamadas de atención, que los familiares realizan ante esta Institución tal como en la **queja 12/2487, queja 12/1550, queja 12/2690, queja 12/3491, queja 12/3621.**

De igual modo en la **queja 11/4566** los padres de un menor autista, con severos problemas de conducta, requieren un centro especializado para su hijo. Relataban en su queja el menor tiene tendencia a autolesionarse por lo cual requiere de frecuentes ingresos en la unidad de psiquiatría del Hospital. Del último ingreso le dieron el alta indicando el especialista la necesidad de seguir con las medidas de sujeción y la conveniencia de su ingreso en un centro especializado.

Nuestra intervención en la queja la orientamos en torno a la viabilidad del ingreso del menor en un centro socio-sanitario especializado tal como recomienda el psiquiatra en su informe clínico. La respuesta que obtuvimos de la Administración Sanitaria, no rebatida por la familia que presentó la queja, era que el menor estaba recibiendo los tratamientos adecuados de parte de las distintas instituciones, siendo atendido por el Servicio Andaluz de Salud a través de la Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil en régimen de ambulatorio y tratando los episodios agudos mediante su ingreso en la unidad de psiquiatría del hospital. En materia educativa el menor acudía a un centro educativo especializado para niños con autismo en horario de mañana y tarde, teniendo reconocida además una prestación económica por dependencia, al considerar más beneficioso para él su permanencia en el entorno familiar.

También en la **queja 12/5148** son los padres de un menor afectado por síndrome de tourette quienes realizan una petición similar, mostrándose preocupados por su conducta violenta. Tras contactar telefónicamente con el interesado para que nos ampliara los hechos en los que basaba su queja nos precisó que acudió a esa Defensoría para obtener información sobre las posibles consecuencias de una denuncia contra su hijo por sus actos violentos ante la Fiscalía. Nos decía que la psiquiatra que lo venía atendiendo en el Hospital les había aconsejado que presentasen una denuncia ya que resultaba inviable toda prevención ante la conducta extremadamente agresiva que presentaba.

En dicha conversación el interesado nos manifestó su conformidad con la atención sanitaria que su hijo venía recibiendo por parte del dispositivo sanitario público y que no era su intención presentar una queja al respecto, sino simplemente trasladarnos su desesperación ante la dificultad de contención de sus episodios de agresividad.

Por su parte en la **queja 11/5334** se dirigió a nosotros la madre de un chico, de 13 años de edad, solicitando ayuda en relación con sus problemas de conducta. Refería que

su hijo era expulsado constantemente del instituto, de tal modo que durante el anterior curso pasado sólo acudió durante un mes a clase.

Tras interesarnos por el caso de este menor conocimos que el equipo de orientación educativa del instituto en que se encontraba matriculado sugería el posible padecimiento del menor de un trastorno negativista-desafiante, y por tal motivo recomendaba que su caso fuera abordado por la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, en donde además tendrían que realizar trabajo terapéutico con la madre, asesorándola al respecto.

Asimismo en la **queja 11/3842**, la madre de un menor afectado por problemas de comportamiento se encontraba desesperada al no encontrar respuesta de las Administraciones.

Conforme al relato efectuado por la madre solicitamos información tanto a la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social como al Ayuntamiento de su localidad de residencia, siendo así que desde la referida Delegación Provincial nos fue remitido un informe que indicaba que la madre fue atendida en el Servicio de Protección de Menores, a petición propia, al objeto de exponer la situación de su hijo, y en cuya entrevista manifestó que retiró una denuncia evitando con ello que ingresara en un centro de internamiento para menores infractores. A continuación expuso la delicada situación del menor y como precisaba ayuda urgente de la Administración ante los graves problemas de conducta que el adolescente presentaba.

A resultas de dicha comparecencia, la Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social solicitó la emisión de un informe a los servicios sociales del Ayuntamiento de la localidad de residencia del menor, precisando que se encontraban a la espera de respuesta para decidir posibles actuaciones.

A este respecto, hemos de señalar que dicha Corporación local nos remitió un informe que destacaba que la situación del menor había experimentado un deterioro paulatino, siendo así que en esos momentos era absentista del instituto y no convivía con la madre, ya que vivía sólo en un piso propiedad de la madre a la cual ésta acudía diariamente para llevarle comida, limpiarlo y adecentarlo. También se señalaba que el padre apenas había tenido contacto con su hijo, por lo cual no había establecido lazos afectivos y sin que estuviera dispuesto a hacerse cargo de él.

En vista de la situación descrita por los servicios sociales municipales requerimos la emisión de un nuevo informe de la Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social comprensivo de las actuaciones definitivamente realizadas respecto de la denuncia y, en su caso, las medidas de protección acordadas a favor del menor.

En dicho informe se indicaba que a la vista de la nueva información aportada por la Corporación local se activaron los contactos con el equipo de tratamiento familiar a fin programar una intervención social en el medio que evitara, de ser ello posible, una medida de separación del núcleo familiar.

Siendo complejo el abordaje de los trastornos conductuales que afectan a menores de edad, la posible solución se agrava si a dicho problema se une algún tipo de drogodependencia o adicción. Así en la **queja 11/5844** acudió el padre de un adolescente,

de 15 años de edad, con problemas de comportamiento asociados al consumo de sustancias estupefacientes.

Relataba que su hijo no aceptaba su autoridad, no asumía reglas ni horarios, se negaba a acudir al instituto donde estaba matriculado (de donde había sido expulsado en reiteradas ocasiones) y que también se negaba a acudir a terapia de deshabitación en el programa "Proyecto Hombre". También nos decía que su hijo tenía pendiente una causa en la Fiscalía de Menores por un robo de vehículo a motor y al no saber donde acudir en solicitud de ayuda se dirigió en queja ante el Defensor del Menor.

Tras interesarnos por la situación del niño, desde la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social nos fue remitido un informe que señalaba que la problemática padecida (trastorno del comportamiento asociado al consumo de sustancias estupefacientes) correspondía abordarla a los recursos sociales, educativos y sanitarios existentes en la zona. Asimismo se señalaba que el ejercicio de la patria potestad por parte de los progenitores había de considerarse diligente y proporcionada a las necesidades del menor, por lo cual no resultaba procedente ninguna medida de protección en su favor.

Igualmente pudimos conocer el desenlace del expediente de responsabilidad penal de menores, siendo así que el Juzgado acordó su ingreso en un centro para menores infractores donde el menor empezó a recibir el tratamiento de deshabitación que solicitaba su padre.

En la **queja 12/1815** una madre nos ponía al corriente de la patología dual (trastorno disocial unido al consumo de drogas) que padecía su hijo y se mostraba disconforme con el tratamiento que venía recibiendo en la unidad de salud mental del hospital, ya que no conseguía revertir su deterioro, el cual iba en aumento. Decía que el menor en los últimos días incluso manifestaba su intención de autolesionarse, y que su comportamiento en casa era absolutamente descontrolado.

En el hospital le indicaron que habían agotado todas sus posibilidades de tratamiento y que la única solución que atisbaban para él era su posible ingreso en un centro de protección especializado para trastornos del comportamiento.

Indicaba, además, que su hijo había acudido al centro provincial de drogodependencias en donde aún no habían acabado el estudio de su situación y donde únicamente recibía asistencia ambulatoria, la cual resulta completamente insuficiente.

Encontrándose en curso nuestra intervención la madre vuelve a dirigirse a la Institución para indicar que tras una entrevista en la sede de la Fiscalía, a los pocos días su hijo fue ingresado en un centro especializado en problemas conductuales, donde estaba recibiendo también tratamiento de deshabitación.

Pero pasado el tiempo la madre volvió a contactar con nosotros para comunicarnos su angustia tras conversar con su hijo. Nos decía que éste le transmitía su intención de abandonar el centro y nos trasladaba su temor ante las escasas alternativas de tratamiento que pudieran existir de abandonar el programa terapéutico del que se estaba beneficiando.

Tras contactar con el psicólogo del centro éste refiere que vienen atendiendo al menor con las limitaciones inherentes a su cuadro clínico, el cual es muy difícil de abordar

por tratarse de una patología dual, añadiendo las pocas opciones de retener al menor en contra de su voluntad en caso de que decidiera abandonarlo

OFICINA DE INFORMACIÓN

3.1. Asuntos tratados en las consultas

Las consultas sobre estas materias han versado entre otras sobre la lista de espera para intervenciones quirúrgicas, carencia de especialistas en los servicios de urgencias etc.

Como no podía ser de otro modo, muchas han sido las consultas mostrando disconformidad con los recortes del Gobierno de la Nación, así se empezaron a recibir consultas relacionadas con la disconformidad en el copago farmacéutico y contra recortes en la sanidad pública. Ello nos llevo, tras coordinarnos con el Área, a elaborar un modelo de respuesta tipo para las consultas de este tipo.