

INFORME AL PARLAMENTO 2008

**INFORME DEL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ
AL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA
SOBRE LA GESTIÓN REALIZADA DURANTE 2008**

SALUD Y CONSUMO

SECCIÓN SEGUNDA:

ANÁLISIS DE LAS QUEJAS ADMITIDAS A TRÁMITE

1. [INTRODUCCIÓN](#). Pág. 3
2. [ANÁLISIS DE LAS QUEJAS ADMITIDAS A TRÁMITE](#). Pág. 4
 - 2.1. [Salud Pública](#). Pág. 4
 - 2.2. [Derecho a la asistencia sanitaria](#). Pág. 7
 - 2.2.1. [Atención Primaria](#). Pág. 7
 - 2.2.2. [Asistencia Sanitaria Especializada](#). Pág. 12
 - 2.2.3. [Derecho a la protección de la salud de los enfermos mentales](#). Pág. 30
 - 2.2.4. [Urgencias y Emergencias](#). Pág. 34
 - 2.2.5. [Gestión Administrativa](#). Pág. 46
 - 2.2.6. [Centros y Servicios Sanitarios](#). Pág. 51
 - 2.2.7. [Prestaciones: Medicamentos y Visados](#). Pág. 53
 - 2.2.8. [Prestaciones complementarias](#). Pág. 59
 - 2.2.9. [Colegios Profesionales](#). Pág. 62
 - 2.2.10. [Derechos de los Usuarios](#). Pág. 68
 - 2.2.11. [Responsabilidad patrimonial](#). Pág. 74
 - 2.2.12. [Listas de espera](#). Pág. 79
 - 2.3. [Consumo](#). Pág. 89

TEMAS TRATADOS EN OTRAS ÁREAS TEMÁTICAS

SECCIÓN SEGUNDA: I.- PERSONAL DEL SECTOR PÚBLICO

- 2.5. [Reconocimiento de servicios prestados en la sanidad pública de la Unión Europea para la Bolsa de Trabajo Temporal del Servicio Andaluz de Empleo](#). Pág. 92
- 2.11 [Personal Sanitario](#). Pág. 94

SECCIÓN SEGUNDA: IV.- EDUCACIÓN

- 2.1.4.2.2. [Atención educativa domiciliaria](#). Pág. 100

SECCIÓN SEGUNDA: XII.- ADMINISTRACIONES ECONÓMICAS

- 2.3.1. [Entidades financieras y aseguradoras](#). Pág.107

SECCIÓN SEGUNDA: XIII.- POLÍTICAS DE IGUALDAD DE GÉNERO

- 2.2.3. [El uso de uniforme sexista en Clínica médica concertada](#). Pág 111
- 2.4. [Salud: mujeres afectadas de Endometriosis](#). Pág 113

SECCIÓN SEGUNDA: XIV.- TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

- 2.1. [Prestaciones de las operadoras de servicios de telefonía e Internet](#). Pág. 114

SECCIÓN TERCERA: DE LOS MENORES

9. [Menores con necesidades especiales](#). Pág. 117

SECCIÓN SEGUNDA:

ANÁLISIS DE LAS QUEJAS ADMITIDAS A TRÁMITE

Introducción.

En lo que a la Salud se refiere, un total aproximado de 500 quejas (un 9% del total de las tramitadas por la Institución) conforman la radiografía de la problemática que desde la perspectiva de la ciudadanía se nos plantea, con una temática y cuantificación que mantiene, la de ejercicios anteriores.

En este sentido en el contenido de las quejas viene persistiendo la casuística de años anteriores, representando las denuncias en la asistencia sanitaria recibida por los usuarios, fundamentalmente en la especializada, el grueso mayor de las mismas, resultando lo siguiente: Salud Pública 17, Asistencia Sanitaria 158, Salud Mental 31, Lista de espera 21, Urgencias 23, Prestaciones farmacéutica 19, Gestión administrativa 11, Derechos de los usuarios 52, Derechos de los consumidores 43 y Resto de materias 111.

En cuanto a novedades en el ámbito de los derechos relativos a la salud en Andalucía, destacar que el Decreto de 22 de Julio de 2008 se garantiza a la población infantil menor de un año el derecho a la prestación farmacéutica gratuita, derecho que, al amparo de la Ley de Farmacia andaluza de 2007, se asume con cargo a los presupuestos propios autonómicos.

Por otro lado, y en relación al ámbito de los derechos de los consumidores, reseñar que el Real Decreto 231/2008, de 15 de Febrero regula el Sistema Arbitral de Consumo, y que el Decreto 72/2008, de 4 de Marzo, se aborda una nueva regulación de las hojas de quejas y reclamaciones de las personas consumidoras y usuarias en Andalucía.

El conjunto de la denuncia ciudadana como las actuaciones de oficio han dado lugar a un total de 45 resoluciones entre Sugerencias, Recomendaciones y Recordatorios de deberes legales, ampliamente aceptados por la Administración afectada, si bien hay que destacar como no aceptadas las siguientes:

- Resolución relativa a “Denegación de acceso a historia clínica de familiar fallecido” dirigida al Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud en el curso de la **queja 06/2019**.
- Resolución relativa a “Reintegro de gastos de terapia complementaria de apoyo psicopedagógico a menor autista” dirigida a la Delegada Provincial de Salud en Málaga en el curso de la **queja 07/0297**.
- Resolución relativa a “Elaboración de normativa reguladora de la prestación de transporte sanitario” dirigida al Secretario General del Servicio Andaluz de Salud en el curso de la **queja 07/1300**.

- Resolución relativa a “Participación en programa de atención bucodental a discapacitados” dirigida a la Delegada Provincial de Salud en Málaga en el curso de la **queja 07/2939**.

- Resolución relativa a “Recurso de reposición sin contestación en Expediente de Responsabilidad Patrimonial” dirigida al Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud en el curso de la **queja 07/3243**.

- Resolución relativa a “Denegación de solicitud de baja en el Colegio de Enfermería de Córdoba” dirigida al Presidente del Consejo Andaluz de Colegios de Enfermería en el curso de la **queja 07/3754**.

- Resolución relativa a “Reintegro por realización de prueba diagnósticas en el sector privado” dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud y al Delegado Provincial de Salud en Jaén en el curso de la **queja 08/694**.

- Resolución relativa a “Desestimación de reclamación de responsabilidad patrimonial” dirigida al Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud en el curso de la **queja 08/2061**.

- Resolución relativa a “Fallecimiento por retraso en intervención quirúrgica en Hospital Puerta del Mar” dirigida al Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud en el curso de la **queja 08/2245**.

- Resolución relativa a “Falta de pediatra de guardia e ineficaz protocolo infantil” dirigida a la Empresa Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir en el curso de la **queja 08/2612**.

- Resolución relativa a “Reclamación por inspección de consumo” dirigida a la Delegación del Gobierno en Jaén en el curso de la **queja 08/2804**.

Análisis de las quejas admitidas a tramite

Salud Pública

Transcurrido dos años desde la entrada en vigor de la denominada “Ley antitabaco” (Ley 28/2005, de 26 de Diciembre), consideramos necesario conocer el grado de cumplimiento de la misma en las principales ciudades y pueblos de Andalucía.

Así tras incoar de oficio la **queja 07/4911** y la **queja 07/4915**, a raíz de haber tenido conocimiento, a través de distintos medios de comunicación, que eran muchos los locales que incumplían la normativa vigente sobre esta materia, requerimos informes de los Ayuntamientos de capitales de provincia sobre tales hechos, así como a las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Salud. Todos los consistorios evacuaron los correspondientes informes de los cuales se deducían, primero, la falta de un criterio uniforme respecto al alcance de las competencias municipales en materia de inspección y sanción de las infracciones recogidas en la Ley 28/2005. Mientras que los Ayuntamientos de Sevilla, Cádiz, Málaga, Granada y Córdoba entienden que los

municipios carecen de competencia al respecto, los de Huelva, Jaén y Almería, de mayor o menor grado, admiten que tienen competencia sobre ello. La segunda conclusión es que el número de expedientes abiertos y tramitados al respecto resultaba reducido.

En relación con la atribución competencial en materia de infracciones y sanciones relacionadas con la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, nos postulamos por que la competencia sobre inspección y sanción en materia de tabaquismo corresponde a la Administración Autónoma.

En este sentido, el artículo 22 de la Ley 28/2005, al enumerar los órganos competentes al respecto, en su párrafo segundo establece:

«Los órganos competentes de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatutos de Autonomía, en su caso, ejercerán las funciones de control e inspección, de oficio o a instancia de parte, así como la instrucción de expedientes sancionadores e imposición de sanciones».

Esta ley no contiene mención alguna a la concurrencia de competencia municipal a la hora de proceder a la inspección, instrucción o sanción de los hechos tipificados como infracciones en dicha norma.

Frente a dicha norma, por parte de las Delegaciones de Salud se sostiene que la potestad sancionadora recae sobre los Ayuntamientos, por entender que las competencias genéricas que se le reconoce a los municipios en materia de salubridad pública en el artículo 25.2 h) de la Ley /1985, de 2 de Abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, y en materia de control sanitario en lugares de vivienda y convivencia humana, según el artículo 38 de la Ley 2/1998, de 15 de Julio, de Salud de Andalucía, así como en el hecho de que los Alcaldes son órganos competentes para imponer infracciones en materia de salud cuando la sanción sea inferior 15.025,30 euros, conforme en el artículo 27.2 de ésta última ley autonómica. Igualmente se apoya en el Decreto 285/2007, de 4 de Diciembre por el que se regula el ejercicio de las competencias inspectoras y sancionadoras en materia de tabaco, en cuyo artículo 3 se verifica una remisión directa, en materia de competencia sancionadora, al artículo 27.2 de la Ley de Salud de Andalucía.

Desde nuestra perspectiva, la Ley 28/2005, conocida como ley antitabaco, constituye una norma de carácter especial en materia de salud pública, mientras que tanto la Ley de Bases de Régimen Local como la Ley de Salud de Andalucía constituyen normas de carácter general, bien en la regulación de la competencia municipal, bien en el ámbito sanitario autonómico.

De acuerdo con el tradicional criterio interpretativo de que la ley especial debe prevalecer sobre la general, en casos como el presente, de prevalecer la norma especial, que en materia de infracciones y sanitarias relacionadas con el tabaco es la Ley 28/2005, ya que ninguna de las leyes citadas por la Delegaciones de Salud regula de una manera especial o específica dicho ámbito, sino que afecta a la materia de una forma genérica y tangencial. Sin olvidar que el criterio de prevalencia de la norma especial se basa en una razón de pura lógica: si la ley general resultara preferente nunca se aplicaría la especial, con lo cual esta última devendría absolutamente inútil.

Resaltar finalmente la contradicción entre el criterio competencial seguido por las Delegaciones de Salud y el artículo único del Decreto del Presidente 7/2006, de 11 de Octubre (BOJA 19 de Octubre de 2006):

«En el ámbito de la Administración de la Junta de Andalucía, la potestad sancionadora por la comisión de infracciones administrativas previstas en la Ley 28/2005, de 26 de Diciembre, de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo y Reguladora de la Venta, el Suministro, el Consumo y la Publicidad de los productos del Tabaco, corresponderá a la Consejería competente en Salud».

Por otro lado, no podíamos ignorar el hecho de que la Administración local es la más próxima y cercana a la realidad de los ciudadanos, de ahí que de conformidad con los principios de cooperación, colaboración y lealtad institucional, regulados en los artículos 3 y 4 de la Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y de Procedimiento Administrativo Común, en aquellos casos en los que agentes de la autoridad municipal tengan noticia o conocimiento de una infracción de las reguladas en la Ley 28/2005, deberá comunicarlo de forma inmediata a los órganos competentes de la Administración autonómica andaluza, a los efectos de que éstos realicen las actuaciones que recaen en el ámbito de su competencia.

A tenor de las consideraciones expuestas, y de conformidad con el artículo de la Ley reguladora de esta Institución, formulamos la siguiente **Sugerencia** a las Administraciones locales:

“Que se proceda a la elaboración de un protocolo de actuación por parte de todos los Ayuntamientos de Andalucía, tendentes a establecer un canal de comunicación inmediato a la Administración de la Junta de Andalucía de todos los hechos constitutivos de infracciones reguladas en la Ley 28/2005, de 26 de Diciembre, reguladora de medidas sanitarias contra el tabaquismo, constatados por sus agentes o autoridades”.

Con el mismo fundamento legal, realizamos la siguiente **Sugerencia** a las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Salud:

“Que se proceda a la elaboración de un protocolo de actuación por parte de las Delegaciones Provinciales de Salud, consistente en favorecer la coordinación con las Corporaciones Locales, respecto a la recepción de denuncias, y agilizar la instrucción y resolución de los expedientes sancionadores de las infracciones reguladas en la Ley 28/2005, de 26 de Diciembre, reguladora de medidas sanitarias contra el tabaquismo por dichas Delegaciones”.

Ejemplo ilustrativo de esta inacción lo tenemos en la **queja 07/3544** donde se nos planteó el incumplimiento de esta normativa en un centro social.

Tras la admisión a trámite de la queja, se requirió el oportuno informe al respectivo Ayuntamiento. A la vista de los informes recabados constatamos que el centro fue visitado en dos ocasiones por la Inspección dependiente de la Delegación Provincial de Salud. Tras la primera de ellas se apreció una serie de defectos que motivaron escrito del Ayuntamiento al centro social requiriéndole para que corrigiera de forma urgente las deficiencias detectadas. La segunda inspección hace mención a la necesidad de incorporar un cartel adecuado a la normativa vigente en la entrada de la

sala de no fumadores, y a la reincidencia de dos o tres personas que se niegan a respetar la prohibición de fumar.

A la vista del resultado de la actuación inspectora, entendemos que la misma reflejaba la existencia de indicios de infracciones que, si bien podrían calificarse de leves, no por ello desaconsejaban la apertura de un expediente sancionador con el fin de esclarecer los hechos, todo ello con plenas garantías para todas las partes implicadas y sin prejuzgar el resultado del procedimiento.

Como consecuencia de las consideraciones expuestas realizamos a la Delegación Provincial de la Consejería de Salud la siguiente **Recomendación**:

“Que se proceda a instruir el correspondiente procedimiento sancionador por los hechos denunciados, en relación con la Ley 28/2005 de 26 de Diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo de acuerdo con el resultado de la actividad inspectora llevada al efecto”.

Derecho a la asistencia sanitaria.

Atención Primaria.

Resulta ya una constante las quejas que vienen a evidenciar la insuficiencia de médicos y pediatras en los dispositivos de atención primaria, de la que es solo una muestra el que en la última convocatoria de Médicos Interinos Residentes (MIR) quedaron sin cubrir un número significativo de plazas.

Esta problemática se recrudece en los periodos vacacionales, en los que las acumulaciones de cupos vienen a sobrecargar el trabajo de estos profesionales en detrimento de la calidad de la asistencia a los usuarios y pacientes, cuestiones sobre las que hemos hecho hincapié en anteriores informes y sobre las que hemos dictado diversas resoluciones.

Así en la **queja 07/4745** relativa a las carencias sanitarias en los pueblos del Norte de la provincia de Huelva, en relación con la falta de médicos en los centros de salud dependientes del Distrito Sanitario Huelva-Andévalo Central, con especial referencia a la situación de las poblaciones de Galaroza, Valdelarco y Puerto Moral.

A este respecto la Delegación Provincial de la Consejería de Salud en Huelva, informaba lo siguiente:

“Las localidades de Galaroza y Valdelarco, se encuentran atendidas por dos médicos EBAP y dos enfermeras EBAP, en horario de 8,00 a 15,00 horas de Lunes a Viernes, además de la concurrencia de un pediatra. En cuanto al resto de la franja horaria de Lunes a Viernes y el fin de semana, las urgencias son atendidas por las Unidades de Cuidados Críticos Urgentes de Jabugo y Aracena.

Corteconcepción y Puerto Moral disponen de un médico EBAP y una enfermera EBAP cada una. En la primera localidad pasan consulta todos los días de 8,00 a 15,00 horas de Lunes a Viernes y en la segunda dos días a la semana. El resto de las horas y el fin de semana las urgencias también son atendidas en las Unidades de Cuidados Críticos Urgentes.”

Desde nuestra perspectiva consideramos que en Galaroza y Valdelarco resulta deficiente la asistencia durante las vacaciones ya que, al menos ocasionalmente, surge la eventualidad de tener que cubrir ambas localidades con un único médico. Esta circunstancia implica forzosamente una disminución de la calidad asistencial, ya que la ratio de enfermos por facultativo se duplica, superando así el cupo óptimo de 1500 hab./médico, con el agravante de que dicho facultativo tendrá que atender preferentemente los avisos de urgencia, dejando desatendida la consulta hasta que no hayan finalizado aquéllos.

La situación de Corteconcepción y Puerto Moral aún ofrece unas características más acusadas, ya que en ellas se dispone de un solo médico y una enfermera, con lo que, si bien se cumple la ratio, se agudizan los problemas de asistencia en el periodo vacacional. A ello hay que añadir que Puerto Moral sólo dispone de médico por la mañana durante dos días, cuando lo ideal sería que disfrutara de asistencia durante todos los días excepto sábados y domingos, aunque el horario de atención no fuera de siete horas diarias, sino dos o tres en cómputo de Lunes a Viernes, con lo cual la población estaría atendida durante toda la semana sin un incremento de horas en la carga laboral del personal facultativo.

La eventualidad de carencia de personal sanitario durante el período vacacional no constituye un hecho novedoso, sino que se repite de forma periódica y estacional, lo cual implica la necesidad de una adecuada planificación con la que, teniendo en cuenta las necesidades sanitarias que deben ser cubiertas, se dé una respuesta adecuada, de forma que el ejercicio del derecho inalienable de los facultativos a disfrutar de sus vacaciones no implique una merma en la calidad del servicio. La Administración sanitaria debe utilizar todos los recursos de los que dispone para conseguir que, con independencia de la consabida dispersión poblacional o del reducido número de facultativos disponible, se pueda conseguir que las localidades en cuestión cuenten durante la mañana con un facultativo que pueda dar cumplida respuesta a su demanda asistencial. No dar dicha respuesta implica, además de vulnerar el derecho de los ciudadanos a disfrutar de una atención sanitaria en óptimas condiciones, favorecer el proceso de despoblación del medio rural.

A todo lo anterior hay que añadir la existencia de un sentimiento extendido en la población de desconocimiento de los recursos sanitarios con los que puede contar dentro de su propio Distrito o Zona Básica. En este aspecto se impone la necesidad de trasladar al usuario una mayor y mejor información a través de las instituciones públicas –Ayuntamientos- y medios de comunicación, con el fin de que dichos recursos sean debidamente conocidos y usados por los ciudadanos quienes, como establece claramente el vigente Plan Andaluz de Salud, constituyen el centro del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En este sentido, hacíamos referencia a la Estrategia de Modernización de los Servicios Públicos de la Junta de Andalucía (2006-2010), en cuyo punto 1.2.3 se hace referencia a la necesidad de mejorar los canales de comunicación con la ciudadanía a través de diferente vías, tales como la creación de estructuras tecnológicas que permitan facilitar los servicios de proximidad, el desarrollo de diversas formas de comunicación – SMS, telefonía móvil, páginas web-, así como la necesidad de desarrollar un modelo integral de atención a la ciudadanía.

Consecuencia de todo lo anterior formulamos a la Delegación Provincial de la Consejería de Salud la siguiente **Recomendación**:

“Que se realice una adecuada planificación de los recursos humanos sanitarios con los que cuenta el Distrito Sanitario, a efectos de que durante el período vacacional no se produzca una disminución del número de facultativos que atienden las localidades incluidas en el ámbito territorial del Distrito Sanitario Sierra de Huelva-Andévalo Occidental, y que se adopten las medidas necesarias para que la localidad de Puerto Moral disfrute de la presencia de un Médico EBAP de Lunes a Viernes”.

Con el mismo fundamento normativo se hacía la siguiente **Sugerencia**:

“Que se proceda a realizar una campaña de información a la ciudadanía del Distrito Sanitario Sierra de Huelva-Andévalo Occidental para dar a conocer los recursos sanitarios que tienen a su disposición y su accesibilidad”.

En no pocas ocasiones, la insuficiencia de recursos, o el cierre de un determinado dispositivo, aun con carácter temporal, provoca contestaciones de las poblaciones afectadas y de sus representantes políticos o sociales, ante el temor de ver reducida la atención en la demarcación afectada, como sucedió en la **queja 08/4178** relativa al cierre del servicio de Urgencias del Centro de Salud de Minas de Riotinto (Huelva).

La Delegación Provincial de la Consejería de Salud nos informaba que dicho traslado tenía como fundamento la realización de una obra de ampliación y mejora del centro sanitario procediéndose temporalmente a prestar los correspondientes servicios de atención primaria en los módulos habilitados al efecto. Asimismo se mencionaba el hecho de que la medida no implicaba recorte alguno, ya que los servicios de asistencia urgente se seguirían prestando en las instalaciones de atención primaria y en el Hospital, donde incluso se había procedido a reforzar la plantilla con un facultativo más, sin perjuicio de la posibilidad de proceder a nuevas adecuaciones, de acuerdo con las necesidades que se fueran detectando en la demanda del servicio de urgencias. Igualmente se expresaba que se habían celebrado las oportunas reuniones con los afectados.

Aun siendo conscientes de que la necesidad de realizar obras de mejora y ampliación de infraestructura implican una nueva ubicación de los recursos y efectivos materiales y humanos, sin que ello deba implicar una merma en la cantidad y en la calidad del servicio asistencial, de acuerdo con los datos facilitados y con el compromiso personal asumido por la Delegada Provincial de Salud, nos llamaba poderosamente la atención que se hubiera generado una contestación tan amplia en la población de Minas de Riotinto ante dicha medida, llegando también a incorporarse a la misma los profesionales sanitarios de atención primaria y las propias centrales sindicales, como reflejaban nítidamente los medios de comunicación.

En este sentido, entendíamos que lo que había fallado en este caso era la capacidad de información de la Delegación de Salud. En el supuesto de que, de una manera previa y debidamente razonada, se hubiera hecho llegar a la población y a los profesionales afectados el motivo del cambio de ubicación, el alcance de los dispositivos de atención que iban a quedar disponibles, junto al compromiso de

complementar en lo posible estos para que no existiera merma en el servicio de urgencias comarcal, probablemente la alarma social generada no hubiera existido, o ésta hubiera sido notablemente inferior a la que se refleja en los medios. Bien es cierto que posteriormente se habían mantenido diversas reuniones informativas por la Delegada.

En base a ello formulábamos a la Delegación Provincial de la Consejería de Salud en Huelva, la siguiente **Sugerencia**:

“Que se proceda a mantener abiertos canales permanentes de información con la ciudadanía y los profesionales sanitarios, con el fin de dar a conocer la disponibilidad de los recursos existentes en el servicio de urgencias así como las razones que motivan el cambio de infraestructuras”.

Un caso diferente nos viene de la mano de la **queja 08/0441**, en la que el derecho de elección de médico (y por ende de Centro de Salud) no conllevó automáticamente el correlativo de la asignación de la enfermería del centro elegido, siguiendo el usuario adscrito al anterior, con las consiguientes incomodidades que suele acarrear esta doble adscripción.

En dicha queja el interesado mostraba su descontento por el cambio operado por el Distrito Sanitario en el centro de salud y médico de atención primaria al que tanto él como su esposa venían adscritos.

En este sentido manifestaba que dicho cambio, realizado sin consultarles y sin posibilidad de oposición, tampoco entrañaba un acercamiento a su domicilio, lo que hubiera supuesto trasladarles al centro de salud, sino que, muy por el contrario, implicaba incluso una distancia algo mayor respecto del centro en el que hasta el momento estaban atendidos, por lo que a la vista de esta circunstancia el interesado optó por acogerse a su derecho a la libre elección de médico, que si bien inicialmente le fue denegado, a través de la intervención de esta Institución le fue concedido.

No obstante, la asignación del nuevo médico en el Centro de Salud más cercano a su domicilio no conllevó paralelamente la asignación de la enfermería del mismo centro, siguiendo adscrito a la de su centro de salud anteriormente asignado forzosamente.

Por la Administración Sanitaria se justificaba este hecho en que aunque el médico de familia esté en el centro de salud elegido libremente acogándose al derecho de libre elección de médico, no existe tal derecho en cuanto a la elección de enfermería, correspondiéndole por lo tanto como enfermero de referencia el de la zona geográfica en la que se encuentra su domicilio. A continuación añadía que *“el criterio para la atención sectorizada es adscribir a los profesionales y centro más cercanos a los domicilios de los ciudadanos”*, de manera que en el caso del interesado, cuando en un futuro se produjera la apertura del nuevo centro de salud Isla Chica, tendría a sus profesionales referentes –médico y enfermero- en el mismo centro de salud.

Dos consideraciones fundamentales nos suscitaba lo relatado teniendo en cuenta la normativa que resulta aplicable al caso.

En primer lugar, constatamos que el derecho a la libre elección de médico general no tiene un carácter absoluto, tal y como viene configurado en el Decreto

60/1999, de 9 de Marzo y la Orden de 9 de Junio de 1999 que establece el procedimiento para su ejercicio.

Por un lado existe un condicionamiento de base territorial que limita su ejercicio al ámbito del Distrito de Atención Primaria, todo lo más al término municipal del domicilio del peticionario, cuando el mismo abarque más de un distrito. Pero al mismo tiempo existe la posibilidad de oposición del médico elegido si corresponde a una Zona Básica de Salud distinta a la del que formula la solicitud, y sobre todo cabe la negativa a la asignación de nuevos usuarios a un determinado facultativo, cuando el cupo de personas que tenga asignado desaconseje dicho incremento. Así la referida Orden legitima la negativa a las solicitudes de libre elección de médico cuando se pida la adscripción a un medico cuyo cupo de usuarios no pueda ser ampliado por haber superado el cupo máximo previsto (3.380 unidades para medicina general).

Partiendo de estas premisas y de la potestad organizativa de la Administración Sanitaria, las modificaciones en la asignación que tiendan a alcanzar estos objetivos resultan difícilmente cuestionables. Si en la Zona Básica de Salud a que se refiere se ha incrementado el número de facultativos, puede ser perfectamente comprensible que se redistribuya a los usuarios al objeto de formar cupos homogéneos, que permitan una dedicación similar de los facultativos expresada en tiempo de consulta para los pacientes, pero dichas variaciones habrían de ser explicadas a los usuarios con antelación y en ningún caso deberían anular adscripciones que obedecen a elecciones libre y previamente ejercitadas.

En segundo lugar, no compartíamos el proceder del nuevo centro de salud asignado a la hora de remitir al interesado para consulta de enfermería a su centro anterior, y tampoco la argumentación que a estos efectos aportaba el Distrito.

Ciertamente no se regula el derecho a la libre elección de enfermería, pero de ahí no podemos deducir que para la asistencia de estos profesionales el interesado deba acudir en todo caso a su centro de procedencia, más aún cuando en el caso planteado ocurría al revés de lo habitual, y la elección del interesado está dirigida precisamente para que su asistencia se residenciara en el centro más próximo a su domicilio.

A este respecto la disposición adicional primera de la citada Orden por la que se regula el procedimiento de libre elección y se establecen las normas de asignación de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma Andaluza, establece un criterio general cuando señala que una vez producida la asignación de un nuevo facultativo el usuario quedará adscrito al correspondiente equipo básico de atención primaria o centro sanitario para todas las prestaciones que tienen una base organizativa individual. Es decir que por lo que se refiere a todas estas actividades, la aceptación de la solicitud de elección de médico general conlleva la adscripción del peticionario al centro de salud de su nuevo facultativo.

A esta regla general se señala una excepción, las funciones que tienen una base organizativa territorial o comunitaria, entre las que se incluyen todas las que supongan desplazamiento al domicilio del usuario o a alguna institución comunitaria, las cuales habrían de proporcionarse por el centro de salud que incluya en su área de adscripción dicho domicilio.

Por lo tanto se trata de dilucidar si la asistencia de enfermería demandada por el usuario se corresponde con uno u otro modelo organizativo de las prestaciones de la cartera de servicios de atención primaria.

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

Además resultaría un contrasentido como bien señalaba el interesado que después de la revisión del médico para la que también fue derivado desde el servicio de urgencias, tuviera que desplazarse a otro centro de salud para la realización de una cura por un enfermero del equipo de profesionales, que bien considerado como equipo básico de atención primaria, o bien constituido como unidad clínica de gestión, tiene la obligación de proporcionar una asistencia de carácter integral.

Y es que la cuestión aquí planteada no sólo encuentra base legal en el derecho de libre elección estatutaria y legalmente establecido (art. 22.2 c) del Estatuto de Autonomía de Andalucía, y art. 6.1 l) de la Ley 2/98 de 15 de Junio, de Salud de Andalucía), sino también en el “principio de proximidad a la ciudadanía” que como principio de organización y funcionamiento se predica en el art. 3 de la Ley 9/2007, de 22 de Octubre, con carácter general para la Administración de la Junta de Andalucía.

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

“Que desde los centros de salud del Distrito Sanitario se dispense atención de enfermería en consulta, así como las demás prestaciones de base organizativa no territorial o comunitaria, de las que integran la cartera de servicios de atención primaria, a los usuarios que tras ejercitar su derecho a la libre elección de médico general, queden adscritos al cupo de alguno de los facultativos de los mismos”.

Asistencia Sanitaria Especializada.

Como suele ser habitual, es en este ámbito donde mas reclamaciones suelen presentarse y en la que hemos dictado diversas resoluciones de muy diverso contenido, de las que destacaremos aquellas que nos parece adquieren mayor relevancia.

Así en la **queja 07/0260** la Asociación de Afectadas de Endometriosis de Cádiz (ADAEC), nos exponía la problemática que esta patología presenta en las pacientes andaluzas que la sufren.

La pretensión principal de la citada asociación se circunscribía a la necesidad de que en Andalucía se creen “unidades de endometriosis”, señalando los objetivos que el

Sistema Sanitario Público de Andalucía debería llevar a cabo para un correcto abordaje de esta patología y que resumimos en lo siguiente:

- Creación de una unidad de referencia de endometriosis en cada provincia compuesta por un equipo multidisciplinar.
- Protocolo o Guía de actuación relativo a la endometriosis.
- Eliminación de las listas de espera para FIV para las afectadas de endometriosis.

Otros aspectos destacados por esta asociación son los relativos a la investigación sobre esta patología, ayuda psico-social, Unidades del dolor, grupos de auto-ayuda, e información y formación del personal médico de la endometriosis y la importancia del diagnóstico precoz.

No han sido ajenos los Parlamentos nacional y andaluz a la hora de hacer declaraciones formales sobre la problemática que presenta esta patología en un número significativo de mujeres, y así el Parlamento de Andalucía en la Proposición no de Ley relativa a la endometriosis aprobó en la sesión plenaria de los días 21 y 22 de Marzo de 2007 lo siguiente:

“El Parlamento de Andalucía insta al Consejo de Gobierno a:

1. Impulsar y fomentar proyectos de investigación en nuestra Comunidad Autónoma con objeto de:

a) Estudiar la causa o causas de la endometriosis.

b) Avanzar en la búsqueda de tratamientos más efectivos, tanto médicos como quirúrgicos, que puedan curar la enfermedad, o mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas.

2. Crear un marco de colaboración entre la Consejería de Salud, expertos, sociedades científicas, colectivos y asociaciones de mujeres relacionadas con la endometriosis con objeto de:

a) Elaborar un protocolo de actuaciones que contemple el enfoque multidisciplinar en el abordaje de la enfermedad, la atención integral y el diagnóstico precoz.

b) Impulsar campañas de información para favorecer el diagnóstico precoz en la población andaluza.

c) Fomentar el estudio de la endometriosis en los planes de formación continuada de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público Andaluz.”

En relación a esta cuestión, la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS, en cuanto a la creación de una unidad de referencia de endometriosis en cada provincia y dotada con un equipo multidisciplinar, señalaba:

“Es importante destacar que una parte importante de la atención sanitaria de estas mujeres es responsabilidad directa de los profesionales sanitarios de los servicios de ginecología, pretendiendo que dicha atención sea integral y coordinada con profesionales de otros servicios de atención especializada y de otros niveles asistenciales; como es el caso de la cirugía general para liberación de adherencias y otras intervenciones, de las unidades de esterilidad, de los profesionales de atención primaria, y apoyo psicológico.

La frecuencia estimada de la enfermedad es alta, congregándose un número importante de mujeres con endometriosis por cada ginecólogo. Además, el conocimiento y abordaje de la enfermedad es competencia de un número muy elevado de otros profesionales sanitarios, por lo que no parece aconsejable la creación de unidades estructurales específicas de atención sanitaria, aunque esto no es incompatible con la existencia de “equipos funcionales” con profesionales especialmente expertos en esta materia que, de alguna manera, intervenga en casos de especial complejidad o abordaje, que será uno de los aspectos a tratar en la elaboración de la guía clínica.”

En cuanto al protocolo de actuación ante la endometriosis, el informe destacaba:

“En España, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia tiene un protocolo de actuación, en el ámbito de la atención especializada.

El Servicio Andaluz de Salud está realizando la elaboración de una guía clínica, que incluye la búsqueda bibliográfica de guías clínicas y otros documentos de interés, basados en la mejor evidencia científica disponible y ordenación de la asistencia sanitaria, de cara a conseguir la mejor calidad de vida posible en estas mujeres.”

Por último, en relación a la eliminación de las listas de espera para FIV para las afectadas de endometriosis:

“Recientemente, se ha realizado una revisión de la literatura científica en la que se menciona que la endometriosis tiene un efecto negativo sobre el embarazo después de una técnica de reproducción asistida. No obstante, no está claro si el tratamiento quirúrgico previo a las técnicas de reproducción asistida aumenta el número de embarazos, y si estas técnicas sean un factor de recurrencia/progresión de la enfermedad; por lo que es necesario un mayor número de estudios que ayuden a responder estas incógnitas y mejorar el estado de salud (entendida como bio-psico-social) de las personas afectadas.

La endometriosis es una de las muchas causas de infertilidad y no es la única que puede ver modificada su evolución con el paso del tiempo, tanto para causas de las mujeres como de los hombres. Durante el tiempo de espera, se instaura el tratamiento más idóneo con el objetivo de mantener las trompas permeables y evitar un desarrollo más grave de la enfermedad.

De todas formas, la reciente actualización de la Guía de Reproducción Humana Asistida, elaborada y publicada por el Servicio Andaluz de Salud, mejorará muchos aspectos sobre la demora en el

tratamiento mediante FIV, para mujeres que padecen endometriosis, como para el resto de las demandantes.”

Frente a esta argumentación administrativa, por la referida Asociación, en el trámite de alegaciones se señalaba, en síntesis, lo siguiente:

En cuanto a la creación de una unidad de referencia de endometriosis en cada provincia (dotada con un equipo multidisciplinar) se afirma que los “equipos funcionales” en modo alguno pueden entenderse como “unidades multidisciplinarias”, circunstancia que seguirá obligando a los casos más graves y complejos a acudir a centros de otras Comunidades Autónomas que sí cuentan con estos dispositivos como son los casos del Hospital Universitario de la Paz en Madrid, el Hospital Clínico de Barcelona y la Fundación Hospital San Lázaro de Palma de Mallorca, cuando no a tratamientos e intervenciones privadas a su cargo particular.

En cuanto a la aplicación de guías clínicas internacionales o al protocolo SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), a falta de una guía clínica andaluza, se afirma que en la práctica no se aplican, lo que provoca en no pocas ocasiones atenciones inadecuadas, con las mismas consecuencias de derivación a otras autonomías o al tratamiento privado como es el caso anterior.

Como ejemplo de estas insuficiencias se señala las denominadas “intervenciones quirúrgicas en otras localizaciones”, que no se llevan a cabo en los hospitales del SAS al carecer de especialistas en cirugía pélvica avanzada vía laparoscópica, por lo que en numerosos casos, las pacientes son intervenidas sólo de extirpación de útero y/o ovarios, así como de otros órganos, incluso vitales y, no se eliminan quirúrgicamente, las endometriosis de focos y nódulos, así como adherencias de otras localizaciones. Siendo éste el caso concreto, de las llamadas endometriosis de focos, que hasta el momento se afirma no reciben de tratamiento quirúrgico específico por parte del sistema sanitario público.

En lo que se refiere a la eliminación de las listas de espera para FIV para las afectadas de endometriosis se afirma, por la referida asociación, que la literatura científica internacional se decanta por el tratamiento quirúrgico previo de las pacientes de endometriosis antes de someterse a las técnicas de reproducción asistida, apuntando que la dificultad reside en determinar cuales de esas técnicas son las más adecuadas a estas pacientes, no pudiendo someterlas a los mismos protocolos de actuación que otras pacientes con problemas de infertilidad. A este respecto se señala que no se están dando datos estadísticos sobre pacientes de endometriosis sometidas a tratamientos de fertilidad, y que la lista de espera media es de tres años y, en ese periodo de tiempo una paciente de endometriosis puede perder sus órganos reproductores.

En cuanto a las derivaciones a las Unidades del Dolor la falta de tratamientos específicos para estas pacientes hace que las prescripciones en este sentido sean atendidas en estas Unidades en base a tratamientos pautados para otras patologías que cursan con dolor crónico, careciéndose de datos sobre pacientes sometidas a tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos por causa de esta enfermedad.

Por último en cuanto a la formación del personal médico, fundamentalmente de atención primaria, se considera que los síntomas más clásicos de la endometriosis son en la mayoría de los casos confundidos con dismenorreas primarias (en vez de

secundarias) o con otros trastornos ginecológicos, digestivos u de otro tipo, dado que, los médicos de atención primaria no están debidamente formados en la sintomatología, gravedad y repercusiones del retraso en el diagnóstico de la enfermedad, motivo por el que la solución dada a los diagnósticos tardíos sea la de extirpación de los órganos reproductivos, extremo evitable en muchas ocasiones con un diagnóstico precoz. De ahí la importancia de una formación específica para los médicos de atención primaria sobre esta patología en sus aspectos físicos y psicológicos.

Hecho este dual planteamiento, esta Institución hacía las siguientes consideraciones:

Una primera referida a los datos sobre esta enfermedad (Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria -CMBD-AH- de Andalucía para el periodo 2001-2005) en orden a conocer el alcance de esta patología, pues este ha de ser el principal parámetro a tener en cuenta a la hora de diseñar cualquier tipo de estrategia. Los datos oficiales suministrados por la Administración sanitaria son los siguientes:

- La media de mujeres hospitalizadas con diagnóstico de endometriosis de diferentes localizaciones es de 1.500 por año. Figura en primer lugar la localización ovárica (60-65%), seguida de la localización uterina (18%-20%), correspondiendo el restante porcentaje a las localizaciones peritoneal pélvica y otras.

- En el estudio de procedimientos quirúrgicos por edades muestra para el año 2005, que de las 231 histerectomías realizadas en mujeres con endometriosis uterina, las mayores de 40 años representan el 60% del total, no se ha realizado ninguna histerectomía por esta causa en mujeres menores de 30 años y para el grupo de edad de 30-34 años el porcentaje es muy bajo (2,2 %, correspondiente a 5 casos).

- En las mujeres diagnosticadas de endometriosis ovárica, en 2005, se realizaron 198 histerectomías. Destaca una mayor frecuencia en las mujeres mayores de 40 años (alrededor del 70%), y un 14% en mujeres de 35-39 años, no se realizó ninguna histerectomía en mujeres menores de 30 años.

- Con el mismo diagnóstico de endometriosis ovárica, pero para el procedimiento de excisión de ovarios y/o trompas sin histerectomía se realizaron 182 procedimientos. Destaca la mayor frecuencia en las mujeres mayores de 35 años (66%). En este caso, existen 7 mujeres (4%) menores de 25 años intervenidas.

- Una intervención cada vez más frecuente es la quistectomía laparoscópica, menos traumática que la cirugía convencional. El número de intervenciones con excisión de útero y ovario por métodos laparoscópicos, con diagnóstico de endometriosis muestra un incremento paulatino con el transcurso de los años, siendo la diferencia entre el año 2001 y 2005 de 75 casos.

Esta casuística y dimensionamiento numérico (una media superior a las 600 histerectomías / excisiones ováricas y/o trompas anuales) más allá del dolor y del drama humano que traducen muestran la necesidad de que el Sistema Sanitario Público de Andalucía se dote de una Unidad de referencia, con el carácter multidisciplinar que se considere conveniente, al que puedan derivarse los casos de endometriosis grave (grados III y IV, endometriosis infiltrante profunda con afectación de otros órganos), unidad que en la medida que la patología vaya asociada a la esterilidad deberá

coordinarse con las Unidades de Reproducción Humana Asistida del propio hospital o del de referencia de la paciente.

No obstante, consideramos que este planteamiento debe engarzarse con el modelo de organización sanitaria del SAS.

Así la Resolución de la Dirección General de Asistencia Sanitaria 1545/06, de 11 de Diciembre, sobre Catálogo de Servicios / Equipos funcionales de Asistencia Especializada del SAS dispone que la configuración de los servicios y equipos funcionales constituyen la referencia de los centros hospitalarios, definiendo los equipos funcionales como aquellos que se identifican por su especial relevancia o contenido diferenciado dentro de una especialidad determinada, constituyendo el máximo nivel de desagregación de los hospitales de máximo nivel (Regionales).

De entre los equipos funcionales recogidos en el Anexo I de dicha Resolución y dentro del área Médico-Quirúrgica, en relación a la especialidad de Obstetricia y Ginecología se relacionan los Equipos funcionales siguientes: Unidad de alto riesgo obstétrico, Unidad de Diagnóstico prenatal / medicina fetal, Unidad de fertilidad / reproducción humana asistida, y Unidad de oncología ginecológica.

El hecho pues de que la frecuencia de la enfermedad sea alta y que el abordaje sea competencia de un elevado número de profesionales sanitarios, alcanzado otras especialidades ajenas al ámbito de la obstetricia/ginecología, como así se reconoce de la información administrativa, aconsejaría que conforme a este modelo de organización interna se promoviera la creación de un equipo funcional específico para esta patología en el/los nivel/es hospitalarios que se considerara conveniente, como paso previo a la unidad de referencia a que nos referíamos.

En cuanto al otro aspecto planteado, el relativo a la necesidad de proveer al Servicio Sanitario Público de Andalucía de un protocolo o guía clínica de la endometriosis, que por la Administración Sanitaria se afirma que está en proceso de elaboración, desde nuestra perspectiva consideramos que el modelo de atención sanitaria anteriormente descrito (Servicios / Equipos funcionales referentes / Unidades de gestión clínica, etc.) tiene su complemento en el actual Mapa de Procesos Asistenciales Integrados, modelo que introduce el criterio de continuidad asistencial en base a una organización concebida como una visión continua y compartida de la tarea asistencial en el que intervienen diversas unidades asistenciales, como es el caso de la endometriosis. Por ello, y en congruencia con el mismo, estimamos que sin perjuicio de la referida guía o protocolo, la necesidad de incorporar al actual mapa el Proceso Asistencial Integrado de la Endometriosis (“Proceso Endometriosis”), con el carácter, actualmente, de proceso no ligado a Plan Integral alguno.

El actual modelo de atención sanitaria basado en la estructuración por procesos asistenciales a la que se viene adaptando la Cartera de Servicios del Servicio Andaluz de Salud, ha incorporado con un carácter transversal la “Guía de integración de la dimensión de género en los procesos asistenciales integrados”, con la que no solo se pretende incluir esta perspectiva en los mismos, sino también otros aspectos como son incorporar la variable sexo en los sistemas de información y base de datos del SSPA, realización de estudios sobre la inclusión de hombres y mujeres en los ensayos clínicos, e incorporar esta perspectiva de género en la formación de los profesionales.

Y es que si una perspectiva de género merece una patología, (junto a otras como es el cáncer de mama) ésta es la endometriosis, enfermedad en la que la atención sanitaria trasciende la dimensión biológica y médica por el impacto emocional que supone un diagnóstico de estas características y las dificultades que conlleva su tratamiento, a la que no son ajenas otras dimensiones sociales, culturales y psíquicas.

En cuanto al otro aspecto destacado en el presente expediente, el relativo a la eliminación de las listas de espera en los procedimientos de Reproducción Humana Asistida (RHA), que se concreta en la reclamación respecto a la Técnica de Fecundación in vitro (FIV), hay que señalar que la pretensión cabe predicarla para cualquier patología que cause esterilidad o infertilidad, cuestión sobre la que la “Guía de Reproducción Humana Asistida en el Servicio Andaluz de Salud” tan sólo establece criterios generales para la indicación y aplicación de las distintas técnicas, pero no criterios de prioridad en función de determinados factores: patología determinante, edad, etc.

Nuestra experiencia nos demuestra que en determinados casos y en razón a las especiales circunstancias que puedan darse en particular, se establece una puntual prioridad, pero sin que ésta esté basada en una norma o regla predeterminada.

Sin duda resultaría razonable el establecimiento de algún criterio de prioridad en relación a esta patología, y en función del grado de afectación de la misma, respecto de aquellas enfermas de endometriosis que en un corto plazo se vean abocadas a la pérdida de la funcionalidad de los órganos reproductores o a la extirpación de los mismos.

Por último la conveniencia de introducir actuaciones específicas en las actividades de formación continuada que se lleva a cabo en las distintas estructuras y niveles del SAS nadie discute, y sin duda la mejora de la misma en el ámbito de la atención primaria sin duda redundaría en la mejora de la detección precoz, y en este sentido nos postularemos recomendando un esfuerzo a este respecto.

Los planteamientos descritos, los datos expuestos, el actual nivel de conocimientos clínicos sobre la enfermedad y las limitaciones existentes para un abordaje precoz, integral y adecuado de la enfermedad evidencia que si bien desde el SSPA se lleva a cabo una aceptable atención, desde los Servicios hospitalarios de Ginecología y Obstetricia y en relación a los niveles leves y moderados de la patología, no cabe decir lo mismo en los casos en que esta es calificada de severa/profunda (asociadas a dolor invalidante y afectando a otros órganos: grados III y IV, endometriosis infiltrante profunda con afectación de otros órganos asociados a la esterilidad) en los que la inexistencia de una Unidad de referencia con un equipo multidisciplinar para el ámbito andaluz se hace patente, tal y como nos lo exponen las decenas de cartas de las afectadas exponiéndonos su continuo peregrinar asistencial.

En base a lo expuesto formulamos a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud las siguientes **Recomendaciones**:

“Que se promueva la creación de Unidades de Endometriosis en los niveles hospitalarios que se considere necesario, así como el estudio de viabilidad de una Unidad de referencia multidisciplinar que asuma la casuística más compleja y grave de esta patología.”

Que se culmine la elaboración de la guía clínica sobre la endometriosis , así como se valore la necesidad de elaborar el Proceso Asistencial Integrado sobre la misma.

Que se incorporen criterios de prioridad en el proceso relativo a la aplicación de técnicas de RHA en las afectadas por esta patología que se sometan a las mismas.

Que se establezcan y desarrollen actuaciones específicas de formación continuada sobre la endometriosis en la atención primaria para una mejor detección y diagnóstico de esta patología.”

Un caso de amplia trascendencia en los medios de comunicación las movilizaciones llevadas a cabo por una Asociación de Vecinos de Ubrique en demanda de una mejora en los servicios de atención sanitaria de la misma, lo tenemos en la **queja 07/4211** en la que los habitantes de Ubrique desplegaron en los últimos años una intensa actividad para reclamar su derecho a tener lo que entienden por una atención sanitaria digna, que se manifiesta en lo siguiente:

a) Cuestiones relativas al nivel de atención primaria: media de diez minutos de consulta por paciente, instalación de telemedicina y retinógrafo, implantación del sistema de receta XXI, desdoblamiento del centro de salud y consulta de cirugía menor.

b) Cuestiones relativas a la asistencia especializada: equiparación de las prestaciones que ofrece el hospital de Villamartin a las del hospital de Ronda, pues el primero carece de especialidades básicas como cardiología, neumología, neurología, endocrinología, reumatología, y oncología, así como de unidad de cuidados intensivos y de diálisis; consultas de acto único en el hospital de Villamartín; y desplazamiento de los especialistas más demandados (oftalmología, ginecología y traumatología, sin perjuicio de la posibilidad de ampliación a otros profesionales) para pasar consulta en el centro de salud de Ubrique un día a la semana evitando de esta forma los traslados de la población hasta el hospital.

El informe emitido por la Delegación Provincial de Salud realizaba un breve inventario de los recursos existentes desde el punto de vista de los medios personales, afirmando que el centro de salud de la localidad ofrece la cartera de servicios de atención primaria completa, que se han implantado un total de 20 procesos asistenciales, y que se han reducido sustancialmente las derivaciones a especialistas desde el establecimiento de una consultoría de medicina interna, la cual permite el abordaje de un conjunto muy amplio de patologías.

Por lo que se refiere a las especialidades, la Administración Sanitaria entiende que las consultas que se ofrecen en el hospital concertado de Villamartin se encuentran dentro de la crona establecida como criterio básico de accesibilidad de manera que, cumpliéndose el mismo, no es posible llevar a los especialistas al centro de salud, añadiéndose además la circunstancia de la carencia actual de aquéllos. Considera que el modelo de fijación de las especialidades en todos los municipios no existe en ninguna parte del mundo, y que sería imposible llevarlo a cabo. Abunda en la capacidad de resolución de problemas sanitarios de la atención primaria, estableciéndose mecanismos de ayuda, como el convenio que permite a los facultativos solicitar directamente al hospital determinadas pruebas de imagen.

Por lo que hace a la cuestión de los especialistas señalaba que el hospital de Villamartin tiene la categoría de hospital comarcal incluido dentro del grupo 4, y enumera las especialidades que comprende la cartera de servicios de este tipo de centros, manteniendo que a pesar de no venir recogido en el contrato de gestión de servicios públicos suscrito con la empresa “José Manuel Pascual S.A.”, ésta última está cubriendo los servicios de cardiología con medios propios que traslada desde Sanlúcar de Barrameda (se realizan ecocardiografías a niños y adultos) y el servicio de digestivo con un especialista.

En último lugar se señala la previsión de desdoblamiento del actual centro de salud mediante la construcción de unas nuevas instalaciones que descongestionarían las existentes y facilitarían el acceso de un espectro de población en su mayoría de edad avanzada.

Por su parte la referida Asociación recalca que la actual situación no supone novedades significativas respecto de la actividad tradicional de los médicos de atención primaria, ni las actividades que se incluyen en la cartera de servicios, algunas de las cuales continúa manteniendo que no existen, ni los denominados procesos asistenciales integrados. Considera que las derivaciones desde el nivel primario a los distintos médicos especialistas no han descendido, sino que las visitas para revisión ya no se gestionan desde el centro de salud.

Mantiene que al igual que las consultas del especialista en medicina interna en el Centro de Salud de la localidad han evitado múltiples desplazamientos de los ciudadanos al hospital, el establecimiento de determinadas especialidades más frecuentadas en el mismo contribuiría a paliar trastornos familiares, pérdida de jornadas laborales, incomodidades de los pacientes y usuarios y viajes innecesarios de los mismos.

En este orden de cosas estima que podría realizarse una experiencia piloto en la localidad que después fuera exportable a otras de características similares, ante la cual no puede esgrimirse la falta de especialistas porque los mismos, al igual que hace el internista, se desplazarían desde el hospital de Villamartin, concentrando de esta manera el día de su desplazamiento a Ubrique la atención que precisen todos los pacientes del pueblo.

Por otro lado se insiste en que el citado hospital concertado carece de especialidades básicas (cardiología, neumología, endocrinología, neurología, nefrología, oncología, etc.) y de servicios como diálisis o unidad de cuidados intensivos, por lo que para acceder a las mismas los pacientes deben dirigirse al hospital de Ronda, entendiéndose que en esos casos la crona referida no se cumple y que para el pueblo de Ubrique se produce una situación de desigualdad.

En relación a este planteamiento realizamos las siguientes consideraciones:

En lo relativo a la atención primaria, el centro de salud de Ubrique ocupa un edificio antiguo con problemas de accesibilidad e instalaciones algo vetustas que sin duda pueden mejorarse. En la visita a la que antes aludimos se nos habló de un compromiso para recambio del mobiliario y pintura del centro, así como mejora de la instalación eléctrica.

La dotación de personal sin embargo nos pareció adecuada: diez médicos de familia, un pediatra y un odontólogo, aparte de la actividad de farmacéutico y veterinario, y una enfermera de enlace, nueve enfermeros, una matrona, un técnico especialista en radiología, un fisioterapeuta y dos auxiliares de enfermería, un auxiliar de enfermería en sala de fisioterapia, un trabajador social, un administrativo, tres auxiliares administrativos y tres celadores conductores, en horario de consultas.

El número de facultativos aparece ajustado a la ratio, aunque se reconoce que en el ámbito de la enfermería la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, ha aumentado considerablemente las cargas de trabajo, en relación a la valoración y asistencia a este colectivo.

Cuestión distinta es el tiempo de atención a cada paciente en consulta que es un aspecto que el reclamante también señala como deficitario en la localidad, e inferior a la media que según él ha fijado la Administración en 9,4 minutos, y viene a constituir la primera de las reivindicaciones de los vecinos a los que representa.

El Director del Centro de Salud vino a explicarnos que las citaciones de pacientes a consulta se realizan cada cinco minutos, correspondiendo a cada médico gestionar el tiempo que estima preciso para la situación que presenta cada paciente.

De lo anterior se concluye que toda gestión de la agenda en este nivel por encima del umbral de dedicación establecido conlleva retrasos en la atención de las citas.

Este asunto ha sido objeto de tratamiento por la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz cuya intervención ha quedado reflejada en los Informes Anuales al Parlamento (años 2001 y 2002) pues, una vez concluido el proceso de reforma de la atención primaria y reconocidas sus indudables ventajas, por determinados sectores profesionales también se empezaron a poner de manifiesto los aspectos que evidenciaban las deficiencias del sistema.

Así los médicos de atención primaria empezaron a clamar por la sobrecarga de actividades, el elevado número de pacientes y el mínimo tiempo de asistencia a los mismos, las dificultades para las interconsultas con los especialistas, etc.

En este contexto surgió la denominada “Plataforma 10 minutos”, que pedía un mínimo de ese tiempo de asistencia por paciente, y aparecieron documentos como el que se elaboró, propiciado por la misma Administración, en el ámbito del antiguo INSALUD: “Los equipos de atención primaria: propuestas de mejora”.

Entre las medidas reseñadas en dicho documento se encuentran algunas de las que se han ido implantando en nuestros centros de salud, a los que las considerábamos perfectamente trasladables.

En cualquier caso somos perfectamente conscientes de que cualquier planteamiento de mejora necesita un carácter paulatino y una implantación necesariamente gradual. En esta tesitura tenemos que valorar la llegada de algunos operativos puestos en marcha durante la tramitación del presente expediente de queja (Salud Responde, Receta XXI, retinógrafo –al parecer instalado el pasado mes de

Febrero-), o el compromiso de incorporación de algunos otros (telemedicina –por lo visto se está planteando en la modalidad de dermatología -).

Cuestión prioritaria sí entendemos que es la alusiva al desdoblamiento del centro de salud, pues en función del mismo podrá desarrollarse la cartera de servicios (instalación del quirófano para consulta de cirugía menor programada por ejemplo). Al parecer este tema está paralizado por el enfrentamiento entre las Administraciones Autonómica y Municipal en relación con el espacio físico que este último habría de ceder para proceder a su construcción/readaptación. A decir del interesado en esta queja, en principio se realizó un ofrecimiento de solares por el Ayuntamiento en una zona de expansión de la localidad que nunca han sido inspeccionados por la Administración Sanitaria. Según el informe administrativo, la Consejería de Salud se encontraba a la espera de que el Ayuntamiento cediera algún edificio en el casco antiguo que se considera idóneo para este cometido.

Junto al informe emitido por esta última se acompañaba copia de la correspondencia mantenida entre ambas entidades, en la que se ponía de manifiesto la discrepancia por la competencia en orden a fijar el emplazamiento de los dispositivos sanitarios, que al decir del Ayuntamiento debe corresponder al planeamiento municipal.

Sin prejuzgar la mejor solución, por nuestra parte considerábamos que urgía que se reanudara el diálogo entre ambas instancias administrativas con el fin de superar el enquistamiento de esta situación, en orden a un acuerdo satisfactorio para la vecindad.

Por su parte, en la atención especializada nos encontramos con una denuncia por la inequidad en la distribución de los recursos sanitarios y consiguientemente desigualdad a la hora de beneficiarse de los mismos. El reclamante realiza una comparación de las especialidades que se ofrecen en el centro hospitalario de referencia (hospital concertado Virgen de las Montañas de Villamartin), con las que se encuentran disponibles en el hospital comarcal de Ronda. Tras realizar este análisis comparativo deducía como conclusión que la vecindad de Ubrique se encuentra discriminada respecto a una población de similares características que se ve asistida por unos recursos hospitalarios muy superiores. Literalmente señala aquél que en Villamartin no se cuenta con especialidades básicas, para cuya atención es necesario desplazarse hasta Ronda, superando (doblando) por tanto en estos casos la crona establecida.

Por otro lado se realiza una propuesta de desplazamiento de los profesionales de las especialidades más demandadas (concretamente Oftalmología, Ginecología y Traumatología, aunque se puede ampliar a algunas más) para que pasen consulta con la periodicidad que se establezca en el centro de salud de Ubrique (con disponibilidad de consultas por las tardes), acercando de esta manera la atención especializada a la población y evitando los inconvenientes a los que ya hemos hecho referencia.

Ahora bien, aunque desde los responsables sanitarios de la zona y de la propia Gerencia del hospital se exponían las dificultades (libre elección de especialista, falta de especialistas, etc.) que conlleva el citado desplazamiento, lo cierto es que el mismo ya se estaba llevando a cabo sin problemas con un facultativo de medicina interna, y que bien podría extenderse a otras especialidades en la medida que sea viable y lo justificara la demanda ciudadana.

La primera cuestión planteada entronca con el principio de igualdad en el acceso a la prestación sanitaria, que tiene múltiples asientos normativos (por ejemplo art. 2 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud o el mismo artículo de la Ley 2/1998 de 15 de junio, de Salud de Andalucía). Concretamente esta última norma mencionada habla de equidad en los niveles de salud e igualdad efectiva en las condiciones de acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Por nuestra experiencia en el tratamiento de las quejas relativas al ámbito sanitario sabemos que en la igualdad efectiva inciden muy diversos factores, tratando de garantizarse con un sistema de derivaciones que permita acceder a los niveles asistenciales más especializados a aquellos pacientes cuyas patologías y grado de afectación lo hagan necesario.

En aras de la equidad en la distribución de los recursos estimamos que se asume por la Administración Sanitaria, como compromiso de calidad, el de la mejora de la asistencia especializada mediante la construcción de los centros que se hicieran necesarios para que el 95% de la población andaluza tuviera acceso a un hospital en menos de treinta minutos (Libro Blanco de la Atención Especializada).

El mapa hospitalario de nuestra Comunidad Autónoma se compone de centros de diversa entidad en una estructura piramidal que permite derivar a los pacientes de unos a otros cuando sus necesidades de asistencia superan las que puede proporcionar el que les corresponde por razón de proximidad geográfica.

La capacidad prestacional de dichos centros se mide por la denominada cartera de servicios, la cual no coincide estrictamente con una enumeración de especialidades sino que más bien se refiere a unidades asistenciales, e incluso a los equipos funcionales dependientes de las mismas. En definitiva marcan el nivel de las actuaciones sanitarias que se pueden proporcionar desde el centro.

Pues bien las citadas carteras de servicios son distintas en los hospitales de diverso nivel, pero también incluso en los de similar rango. Si a este dato le añadimos el hecho de que los términos de comparación no son homogéneos, nos encontramos con que las dificultades para efectuar la comparación con las especialidades/prestaciones con que cuenta el hospital de Villamartin.

El reclamante propone para ello al hospital de la Serranía de Ronda por tratarse, según nos indicaba, de un centro referente para una población similar. Por nuestra parte sin embargo no teníamos capacidad para discernir si los dos centros hospitalarios dan cobertura a áreas parecidas desde el punto de vista del número de usuarios y las condiciones geográficas o de otro tipo a tener en cuenta. El hospital de Villamartin se autodenomina hospital comarcal y este rango le asigna el informe de la Consejería, por lo que éste es uno de los aspectos que lleva a pretender una cartera de servicios similar.

En este sentido constatamos cómo especialidades que no figuran en el hospital concertado sí se encuentran mayoritariamente en los hospitales comarcales del SAS (como son los casos de cardiología, neumología, oncología, neurología y endocrinología), no así la especialidad de reumatología, que con carácter general no se incluye en la cartera de los hospitales comarcales.

En la medida que especialidades mayoritariamente incluidas en las Carteras de Servicios de los hospitales comarcales del SAS no se encuentran entre las concertadas por éste en el hospital de Villamartín, cabe afirmar que se produce una discriminación para los vecinos de Ubrique, que son obligados a desplazarse con cronas superiores a las garantizadas, al hospital rondeño o al jerezano para ser atendidos respecto a dolencias relacionadas con las mismas.

La constatación de esta realidad nos lleva a realizar la propuesta de que la atención especializada que se dispensa a los vecinos de Ubrique desde la localidad de Villamartin, se amplíe hasta equipararla a la cartera de servicios de los hospitales comarcales, valiéndose a estos efectos o bien de la modificación del concierto con el hospital privado, o bien del dispositivo que conforma el centro de especialidades del SAS en la zona, o también a través de cualquier otra alternativa que se estime conveniente.

En otro orden de cosas, no conectadas directamente con especialidades presentes o ausentes del hospital de Villamartin, sino con la disponibilidad de servicios del mismo, nos referimos a otra de las reivindicaciones que planteaba el interesado, específicamente en cuanto a la conveniencia de acercar a los pacientes con insuficiencia renal el tratamiento periódico de diálisis.

Por las frecuentes quejas de quienes se ven en la necesidad de someterse a aquél, somos conocedores de las circunstancias en las que muchas veces se desenvuelven los desplazamientos. Las denuncias se refieren a las condiciones de los vehículos, los largos itinerarios, y los tiempos de demora que tienen que soportar antes y después de recibir el tratamiento, así como las condiciones físicas en las que en dichos momentos se encuentran.

Aunque debamos defender el uso del transporte sanitario colectivo como medio que permite su generalización y al mismo tiempo el mantenimiento a su vez de la red de transporte urgente, somos conscientes de que los viajes para estos enfermos (y para otros que reciben otros tratamientos de quimioterapia, etc.) se convierten en un auténtico suplicio, que se añade al propio de la patología.

Entendemos por ello que el traslado de estos pacientes al hospital de Jerez para las sesiones de diálisis, con los recorridos a los que se ven obligados por las peculiaridades de la zona y la considerable distancia en kilómetros, no puede sino llevarnos a apoyar la solicitud para que se lleve a cabo una aproximación de un servicio de esta naturaleza a los pacientes de dicha zona, un servicio de diálisis en orden a que se reduzca considerablemente la penosidad de dichos desplazamientos.

Por último, y con independencia de las propuestas concretas que realizábamos, expresábamos una reflexión que nos resultaba difícil obviar en cuanto al diseño de la atención sanitaria especializada de esta zona de la sierra de Cádiz que considerábamos, y no es otra sino el hecho de que subsiste con un centro concertado como dispositivo hospitalario de referencia, y que este aspecto sí supone una diferencia en cuanto al resto del territorio de nuestra Comunidad Autónoma en el que los hospitales de dichas características no dejan de presentar un carácter complementario o de apoyo a otros centros públicos.

Quizás esta circunstancia ha impedido que prosperasen en esta zona fórmulas de gestión que se han implantado con éxito en otras, las denominadas áreas de gestión sanitaria, como epicentros de la coordinación asistencial interniveles.

Al mismo tiempo en la localidad de Villamartin coexiste junto al hospital un centro de especialidades cuyo traslado a otra población ya ha sido discutido alguna vez, uniéndose a lo anterior las diversas dependencias para las derivaciones hospitalarias de los habitantes de toda esta demarcación geográfica, pues según nos comentaron en la visita que al principio reseñábamos, el hospital de Villamartin da cobertura a la Zona Básica de Salud de Ubrique menos a la localidad de Grazalema; a la de Villamartin, y solamente a parte de las de Arcos y Olvera.

En base a lo anterior consideramos aconsejable la realización de un estudio de las necesidades de asistencia especializada del área de la sierra de Cádiz, que lleve a cabo un replanteamiento global de la situación y pueda barajar fórmulas organizativas o de gestión más eficientes, o en su caso sirva al menos para permitir una mejor valoración de las existentes por parte de la población.

Teniendo en cuenta las consideraciones realizadas formulamos a la Delegación Provincial de Salud en Cádiz las siguientes **Recomendaciones**:

“Que se inicien a la mayor brevedad las actuaciones de acondicionamiento y mejora del inmueble que acoge en la actualidad al centro de salud de Ubrique y se pongan en marcha los programas pendientes de la cartera de servicios.

Que se reanude el contacto inmediato con el Ayuntamiento a fin de superar el enquistamiento de la situación relativa al desdoblamiento del centro de salud, de manera que se estudien conjuntamente las posibilidades, en orden a alcanzar el acuerdo sobre su ubicación que resulte más satisfactorio para la vecindad.

Que con la máxima celeridad se dicten las instrucciones necesarias en orden al desplazamiento a Ubrique de los facultativos especialistas que demanden las necesidades de dicha localidad.

Que se promueva la instalación en Villamartin de una unidad de diálisis que reduzca considerablemente la penosidad de los desplazamientos en transporte sanitario colectivo de los pacientes para recibir el tratamiento.

Que a la mayor brevedad posible se lleve a cabo los estudios necesarios en orden a dotar a la zona de un hospital comarcal homologable con los de su nivel, ya sea por vía de ampliación del concierto vigente con el hospital de Villamartín o la construcción de un centro hospitalario público del referido nivel, con una cartera de servicios y de medios adecuados a las necesidades de sus habitantes.”

Han transcurrido ocho meses hasta que la Consejería de Salud nos ha remitido el informe que ha de responder a las Recomendaciones que hemos señalado. No sabemos hasta qué punto es posible justificar este tiempo por la elaboración de un estudio, que se dice en profundidad, de las necesidades sanitarias de la población de la sierra de Cádiz,

pero ahora lo que nos interesa es valorar las medidas que se pretenden adoptar, como resultado de las conclusiones alcanzadas en aquél.

Sin ánimo de obviar algunas otras cuestiones, cuya enumeración sería prolija, y entre las que se incluyen múltiples actuaciones de carácter instrumental cuya implantación sin duda ha de repercutir en una mejora global de la asistencial en la zona, por lo que hace a nuestra primera Recomendación, habremos de entenderla cumplida dentro de las intervenciones de mejora del equipamiento y dotación de determinados centros de salud.

En segundo lugar, a pesar de la intención anunciada de construcción de dos nuevos centros de salud en las localidades de Arcos de la Frontera y Ubrique, por lo que hace a este último no parece que exista novedad en cuanto al contencioso interadministrativo ya conocido en torno a su ubicación, por lo que tenemos necesariamente que invocar la urgencia de reiniciar las conversaciones para alcanzar un consenso al respecto.

Quizás el aspecto fundamental que contemplaba nuestra resolución, sin lugar a dudas el incremento de la cartera de servicios del hospital de referencia, resulta en principio mejor resuelto, dado que se contempla la incorporación de especialistas en cardiología, neumología y consolidación del de digestivo, en el hospital de Villamartín, al que también se desplazaría un oncólogo desde el hospital de Jerez para dar servicio a la prevista unidad de tratamiento oncohematológico. En este mismo ámbito estimamos que existe un relativo acercamiento de los tratamientos de diálisis, con el dispositivo a instaurar en la localidad de Arcos de la Frontera. En todo caso a pesar de que estas actuaciones revisten una mejora significativa, apreciamos que la cartera de servicios del hospital de esta zona no llega a equipararse con la del centro hospitalario que habíamos tomado como punto de referencia.

En el mismo área de intervención se contempla el desplazamiento de otros especialistas (traumatólogo, oftalmólogo y ginecólogo) para atender a los pacientes directamente en el municipio de Ubrique, pero esta cuestión aparece supeditada a la construcción del nuevo centro de salud.

En definitiva la consideración de la respuesta desde la perspectiva de valorar si entraña una aceptación de los planteamientos que realizábamos en la resolución emitida por esta Institución, no puede ser otra sino la de estimar por nuestra parte que se ha producido una aceptación parcial. Si bien se proclaman actuaciones significativas, el grado de materialización de las mismas, y la superación de las circunstancias a las que algunas de ellas se condicionan, nos dará la medida de la auténtica efectividad de lo comprometido. Es por ello que nos vemos en la obligación de efectuar una labor de seguimiento que nos permita evaluar en el tiempo la consecución de los objetivos señalados, para lo cual no renunciamos a realizar nuevos requerimientos de información a la Consejería de Salud cuando transcurra un tiempo prudencial, o bien lo vayan demandando los acontecimientos.

Por último, el día a día de la práctica asistencial en los hospitales nos plantea una diversa casuística de la que destacamos la contenida en la **queja 08/0762** en la que el interesado nos expresaba su descontento con el proceso asistencial de su padre, y la falta de respuesta a sus reclamaciones en el hospital, dándonos cuenta del itinerario seguido para el diagnóstico y determinación del tratamiento de la enfermedad, el extravío de la

analítica solicitada por el médico de atención primaria, el retraso en el inicio del tratamiento desde la fecha del diagnóstico de la enfermedad, y la vulneración de los derechos del usuario como el relativo a la dignidad humana del paciente.

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. Al contenido del proceso asistencial de cáncer de próstata se añade también en este caso la previsión del Decreto 96/2004 de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, cuyo incumplimiento denunciaba igualmente el interesado.

El informe del hospital expresaba que dado el estado de salud del paciente, su médico de atención primaria consideró pertinente someterlo a una serie de análisis y pruebas diagnósticas cuyos resultados les dio a conocer en consulta a finales de Julio de 2007. Solicitándose consulta de asistencia especializada en urología con carácter urgente, indicando como juicio clínico “PSA elevada”, y como observaciones “próstata de gran tamaño”, así como el valor de los marcadores tumorales, con ruego de exploración y tratamiento.

La citada consulta de asistencia especializada tuvo lugar el 15 de Octubre siguiente. El especialista practicó un tacto rectal y solicitó nuevos análisis porque los ya efectuados no estaban a su disposición. Pasado un mes (el 19 de Noviembre) solicitó una biopsia prostática, que se llevó a cabo el día 29. Según manifestaba el interesado, los resultados de la misma ya estaban al día siguiente, ofreciendo el diagnóstico de adenocarcinoma acinar avanzado con invasión de las vesículas seminales, a la vez que unos valores de marcadores tumorales extremadamente altos.

Por lo visto el paciente acudió a urgencias los primeros días de Enero de 2008 aquejado de fuertes dolores. Fue en esa primera fecha cuando la familia tuvo conocimiento por primera vez del diagnóstico, al consultar la base de datos el médico que atendió al paciente, el cual intentó comunicar con el servicio de urología sin éxito. En la segunda visita a urgencias, el interesado consiguió localizar al especialista que había atendido a su padre para comunicarle la situación al objeto de adelantar la cita prevista para el 21 de enero de 2008, objetivo que no consiguió pues aquél se limitó a solicitar una gammagrafía.

Por último en dicha consulta se le prescribió al paciente un tratamiento hormonal sin disponer de la gammagrafía, que no se realizó hasta dos días después, y se instó a pedir la próxima cita después del transcurso de tres meses. En esta tesitura el interesado consideraba que su padre pudo haber tenido tratamiento para su enfermedad con bastante antelación a la fecha de su instauración, pues los resultados de la biopsia databan del 30 de noviembre, y en definitiva los de la gammagrafía no se consideraron necesarios para su determinación, pues de hecho ni siquiera se fijó una cita posterior a la misma para ajustar el tratamiento en función de aquéllos.

En este punto se preguntaba el interesado sobre la utilidad de la práctica de dicha prueba al tiempo que considera que desde el servicio de urología se tuvo en todo

momento una visión negativa y ausente de esperanza en relación con la enfermedad de su padre y en ningún momento se consideró la posibilidad real de atenuar el dolor en un auténtico ejercicio de desidia.

Por su parte el informe del hospital señalaba que el paciente fue atendido por primera vez en consulta de urología el 15 de Octubre de 2007, al que había sido derivado por su médico de familia por elevación de PSA. Se indicaba que al no aportar informe de la analítica practicada en atención primaria, ese día se realizó una extracción de sangre para estudio de PSA y de coagulación previos a la indicación de biopsia de próstata, que tras valorar los resultados de la analítica se determinó la práctica de la biopsia con carácter preferente, y que esta solicitud no siguió la tramitación ordinaria, sino que se concretó por teléfono la fecha de su realización, llevándose a cabo el 29 de Noviembre, cuyo resultado se conoció el 14 de Diciembre dando lugar a un diagnóstico de adenocarcinoma de próstata de mal pronóstico por ser muy indiferenciado, estar afectados los dos lóbulos prostáticos, tener afectación extraprostática y valor muy elevado de PSA, indicativo de probable diseminación metastásica. En esta tesitura se cita al paciente para la fecha de Enero indicada anteriormente.

El informe administrativo también reflejaba las dos comparecencias del paciente en urgencias anteriores a dicha fecha, señalando la segunda como la que supuso la comunicación al interesado del mal pronóstico de la enfermedad, decidiendo éste adelantar la solicitud de la gammagrafía para completar el estudio de extensión.

En la consulta del día 21 se estableció el tratamiento hormonal, mientras que el 25 de ese mismo mes el informe de la gammagrafía da cuenta de la diseminación metastásica del proceso neoplásico, continuando el paciente en seguimiento por el servicio de oncología.

Pues bien, si efectuamos un ejercicio de comparación que a grandes rasgos tome como punto de referencia las pautas y límites temporales establecidos en el Proceso Asistencial Integrado de Hipertrofia Benigna de Próstata/Cáncer de Próstata, nos damos cuenta de que éste diseña un camino para el diagnóstico e instauración del tratamiento en un patología con características similares a la que presentaba el paciente, que contempla tres consultas con asistencia especializada, distantes no más de treinta días hábiles la una respecto de la otra.

Antes de la primera consulta de urología, que ciertamente se cumplimenta dentro de los plazos previstos (30 días hábiles desde la primera consulta de atención primaria ó 20 desde la petición de cita de asistencia especializada), el facultativo del centro de salud había solicitado una analítica cuyos valores alterados motivan la remisión al especialista en urología. Ahora bien según se establece en el proceso asistencial integrado que estamos considerando, el médico de familia que derive al paciente para valoración urológica ha de emitir un informe para el especialista en el que se describa la historia clínica del paciente hasta esa fecha, y se refleje el resultado del IPSS, una exploración física incluyendo tacto rectal, y el resultado del sedimento urinario y del PSA. Si atendemos a lo que nos dice el interesado, cuando el médico de familia realizó la solicitud de asistencia especializada indicó los valores de los marcadores tumorales. El informe administrativo establece sin embargo que en la primera consulta de urología no se aportó informe de la analítica practicada en atención primaria, de manera que ese mismo día se llevó a cabo extracción de sangre para analítica de PSA y estudio de coagulación.

Independientemente de la causa por la que dichos resultados no fueron conocidos por el especialista en la primera consulta, lo cierto es que fue necesario repetir la determinación analítica y la solicitud de la biopsia se demoró un mes. En el proceso asistencial que tomamos como referencia no se contempla plazo para la práctica de esta última, aunque se llevó a cabo en diez días desde la petición, que es un término que necesariamente tenemos que considerar adecuado.

No se respetaron los plazos entre consultas, pues a pesar de que se puede entender que el especialista valora las pruebas complementarias en la fecha de la segunda visita del paciente a urgencias (18 de Enero) y se determina la realización de estudio de extensión (gammagrafía) que constituye el cometido fundamental de la segunda consulta, no podemos obviar que este contacto se produjo a instancias del interesado, y que transcurrieron más de treinta días hábiles desde su primera consulta (el 15 de Octubre), concretamente casi tres meses, estando prevista la siguiente cita para el día 21 de Enero.

Se daba por otro lado una importante discrepancia entre las partes en lo relativo a la fecha en la que se conocieron los resultados de la biopsia y con ellos el pronóstico de la enfermedad. El interesado lo databa el 30 de Noviembre, un día después de la práctica de la misma, mientras que el informe administrativo los cifra el 14 de Diciembre.

En todo caso lo que al interesado le resultaba inexplicable es que si ya en dicha fecha se sabía el diagnóstico, por qué no se promovió la comunicación inmediata al paciente a efectos de iniciar el tratamiento a la mayor brevedad.

Por nuestra parte no poníamos en duda los beneficios de la gestión por procesos asistenciales integrados, pero a nuestro parecer dichos instrumentos, así como los protocolos y las guías de práctica clínica, no deben actuar como mecanismos rígidos, pues la realidad asistencial puede ser bastante diversa y por lo tanto susceptible de provocar adaptaciones en los mismos. Todo ello al margen de que los criterios que marcan el ritmo idóneo en el devenir del proceso para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata no se han cumplieron en el caso que analizamos.

El interesado también denunciaba incumplimiento de la previsión contemplada en el Anexo I del Decreto 96/2004, de 29 de Marzo, por la que se establece un tiempo de garantía de treinta días para el proceso asistencial que estamos considerando. Ahora bien un proceso asistencial se define como el conjunto de actuaciones normalizadas que se inician cuando un facultativo de un centro del sistema sanitario público de Andalucía o del centro concertado que se determine, realiza la orientación diagnóstica de alguna de las enfermedades contempladas en el Anexo I del Decreto y concluye con la resolución diagnóstica y propuesta de plan terapéutico para dicha enfermedad.

En este estado de cosas en un proceso como éste, realmente resulta difícil determinar el dies a quo para dicho cómputo, pues no sabríamos si fijar el mismo en la fecha de la obtención de los resultados de la biopsia (30 de Noviembre ó 14 de Diciembre), o más probablemente en la que se conocen los correspondientes a la analítica que revelan un alto nivel de los marcadores tumorales (19 de Noviembre). En ambos casos, aunque de forma más relevante en el segundo, y dado que el tratamiento se establece el 21 de Enero, se superó el plazo establecido.

Cabe preguntarse por los efectos del retraso producido, o la virtualidad de la anticipación en el tratamiento que en este caso propugnabamos. Evidentemente desde el punto de vista técnico no podíamos pronunciarnos sobre la incidencia de la demora en el desarrollo de la enfermedad. Pero no nos resultaba extraña la postura del interesado desde la óptica de familiar muy directo de un paciente afectado por un proceso cancerígeno, y de la del paciente mismo.

En este sentido el Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-2012 configura un modelo de atención centrado en la persona, que garantice una asistencia de elevada calidad científica y técnica, pero también humana. Es posible que el desfase temporal observado respecto de los niveles marcados como idóneos en el proceso asistencial, el cual oscila en torno a los dos meses, no haya repercutido en el estadio de la enfermedad ni en el pronóstico de la misma. Por nuestra parte sin embargo entendemos 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 hemos comentado.

Las consideraciones expuestas nos permitieron realizar a la Dirección Gerencia del hospital la siguiente **Recomendación**:

“Que se adopten las actuaciones oportunas para que en el ámbito de la atención especializada se ajusten los plazos para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata, a los establecidos en el proceso asistencial integrado relativo al mismo.

Que al mismo tiempo se adapten las actuaciones al período previsto como tiempo máximo de garantía en el Anexo I del Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

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, agilizando en todo caso la instauración del tratamiento.”

Derecho a la protección de la salud de los enfermos mentales.

Tres aspectos destacaremos en este apartado, uno relativo a las medidas a adoptar con ocasión del alta de estos enfermos en los servicios de urgencias cuando no están acompañados y el acompañamiento de estos por sus familias en las unidades de hospitalización.

Así en la **queja 07/2968** AFESOL (Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de la Costa del Sol), exponía que desde la Fundación Malagueña de Tutela fueron avisados de que un paciente con esquizofrenia tutelado por la entidad citada, se encontraba descompensado y que se había avisado al servicio de urgencias, desplazándose una educadora de AFESOL al domicilio del enfermo para esperar a la ambulancia, y dado que ésta no podía acompañar al enfermo, el médico de la ambulancia se comprometió a recomendar su vigilancia mientras esperara ser atendido por el psiquiatra de guardia. Tras contactar AFESOL telefónicamente con el servicio de

información de Urgencias del Hospital, se les informa que no consta ni alta ni traslado a otra unidad, lo que motivó el desplazamiento de una educadora a Urgencias para comprobar el estado del enfermo, siendo informada a su llegada que el paciente ya no estaba allí al recibir el alta hospitalaria, y ello a pesar de que el paciente se encontraba en pleno brote psicótico y sin dinero para volver a su domicilio en otra localidad.

La Administración informaba que, según el protocolo, la atención a un paciente que demanda la presencia del FEA de Psiquiatría no sobrepasa los 15 minutos y que, tras la valoración médica, se estimó que no cumplía los criterios de ingreso, citándolo para consulta como preferente un mes más tarde, a los efectos de la apertura de la historia clínica y asegurar la continuidad asistencial.

Conforme a lo expuesto, esta Defensoría realizaba las siguientes consideraciones:

Como punto de partida, era necesario establecer que en la presente queja no se realiza ninguna crítica u observación en lo relativo a la asistencia que se deparó al interesado, ya que no se cuestionaba este aspecto. Lo que se trataba de dilucidar era hasta qué extremo se puede entender correcta la actuación del Hospital cuando, tras comprobar que el paciente no reunía los requisitos necesarios para que se verificara su ingreso, se procede a darle el alta dejándolo en la calle, cuando ya se le advirtió previamente al médico de la ambulancia de las peculiares circunstancias del enfermo y de la circunstancia de desvalimiento personal en la que se encontraba.

Las circunstancias particulares del interesado son las que nos deben indicar la pauta acerca de si la actuación de la Administración sanitaria, más allá de la referencia a protocolos o pautas generales de asistencia, fue conforme a los parámetros de un adecuado tratamiento del problema.

Nos encontramos ante una persona esquizofrénica, incapacitada y tutelada por una Fundación, como bien se expresa en el informe del Hospital, carente de un soporte o enclave familiar de referencia. El equilibrio de estas personas es sumamente frágil, resultando bastante frecuente la aparición de brotes psicóticos o crisis en la evolución de su patología. La integración de estos pacientes en la vida comunitaria es sumamente problemática, máxime cuando se carece del apoyo de una unidad familiar sólidamente estructurada.

Con lo anterior, queríamos expresar que el enfermo mental no es un paciente más y que el comportamiento de los dispositivos sanitarios no debe ser el mismo que despliega con un paciente ordinario, dándole el alta cuando su estado así lo aconseja y desentendiéndose de él. El enfermo mental, máxime el que se encuentra en un estado de desamparo patente como sucedía en el caso, requiere una labor de tutela y protección más intensa y extensa que la que ordinariamente se exige.

Desde esta perspectiva, considerábamos más adecuado, antes de proceder a dar el alta al paciente, comunicarlo a través de cualquier medio disponible –preferentemente telefónico- a la asociación o persona cuidadora que velaba por el paciente o incluso a la Fundación que es la representante legal del interesado, con el fin de que el mismo, a la salida del Centro hospitalario, no se encuentre en una situación de desamparo y ansiedad, como sin duda se produjo.

En este sentido, se echaba de menos la existencia de un protocolo de actuación para pacientes con una enfermedad mental y en estado de crisis o situaciones de ansiedad, en el que se estableciera la obligación del centro de no proceder a dar el alta hasta que se hayan verificado todos los esfuerzos necesarios por localizar a la familia o entidad legal que tengan la responsabilidad legal de amparar al enfermo –máxime cuando en la misma asistencia domiciliaria ya se puso de manifiesto su situación-. En el caso de no existir ninguna persona que deba asumir tal responsabilidad, se deben poner los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, quedando a la espera de sus instrucciones, y de los Servicios Sociales comunitarios o especializados, con el fin de obtener información de los recursos disponibles y coordinar actuaciones.

Así pues, teniendo en cuenta los hechos expuestos, formulamos a la Dirección Gerencia del Hospital la siguiente **Recomendación**:

“Que se adopten las medidas oportunas para elaborar un protocolo tendente a garantizar la continuidad asistencial de los enfermos mentales que acuden al Hospital, especialmente cuando no están acompañados de familiares o allegados, adoptando medidas alternativas en caso de que no proceda el ingreso hospitalario y garantizando que el paciente no quede en situación de desvalimiento o desprotección”.

El otro caso a que nos referimos lo tenemos en la **queja 07/2211** en la que nos hacíamos eco de la protesta formulada por amplios sectores sociales, personales y profesionales en relación a que las unidades de hospitalización psiquiátrica de los centros sanitarios no permitían que los familiares y allegados acompañaran a los pacientes allí ingresados.

A estos efectos, se requirió el correspondiente informe a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud. En el mismo, se expresaba que los pacientes ingresados en las Unidades de Salud Mental gozan plenamente del derecho a ser acompañados por sus familiares o allegados. Sólo en los supuestos en los que concurran circunstancias clínicas que lo desaconsejen, o existan limitaciones en el espacio físico o estructura de dichas Unidades, no se puede hacer efectivo este derecho de acompañamiento, informando en tal sentido a dichos familiares o allegados. En este último caso, se procede a la ampliación del horario de visitas en festivos, sábados y domingos de forma generalizada. Por otro lado, se nos informaba que, en algunas ocasiones, es la propia familia la que no desea realizar las labores de acompañamiento del paciente.

Conforme a lo expuesto, esta Defensoría considera que el artículo 14 de la Constitución española establece la igualdad de los españoles ante la ley y la prohibición de discriminación por cualquier condición o circunstancia personal o social. En el mismo sentido el artículo 14 del Estatuto de Autonomía de Andalucía (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de Marzo) establece la prohibición de discriminación, entre otras, por razón de discapacidad.

El artículo 20 de la Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad 6/1999, dispone que los enfermos mentales están totalmente equiparados al resto de los pacientes y su atención sanitaria plenamente integrada en el sistema sanitario general y el artículo 6.1 b) de la Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía consagra el derecho de los ciudadanos al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que puedan ser discriminados por razón alguna.

La Carta de Derechos y Deberes de los ciudadanos del Servicio Andaluz de Salud recoge, como uno de los derechos de los usuarios, el de estar acompañado por un familiar o persona de su confianza en todo momento del proceso de atención sanitaria, siempre que las circunstancias clínicas lo permitan.

De este elenco normativo se deduce que dichas dificultades de acceso tienen un carácter eminentemente discriminatorio y, por ende, resultarían contrarias al ordenamiento vigente. De forma puntual, nunca como regla general, se permiten ciertas excepciones a este principio de no discriminación.

Siguiendo este razonamiento, la jurisprudencia constitucional, en su análisis del artículo 14 de nuestra carta magna, ha sido constante en mantener la tesis de que las situaciones de desigualdad dan lugar a una discriminación cuando no se fundan en una razón objetiva y fundada que permita un tratamiento distinto respecto a situaciones iguales. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Constitucional 200/2001 de 4 de Octubre.

En su detallado informe, la Dirección General de Asistencia Sanitaria nos exponía dos motivos que exceptúan la posibilidad de llevar a efecto este derecho de acompañamiento a los pacientes con patologías mentales, a saber, cuando las circunstancias clínicas lo desaconsejen y cuando el espacio físico o la “estructura” de la Unidad de Hospitalización lo impidan.

Nada hay que añadir a la absoluta pertinencia de suspender el acompañamiento en aquellos casos en que el estado clínico del paciente, previamente valorado por un facultativo de acuerdo con su leal saber y entender profesional y previa información de sus familiares y allegados, aconseje el aislamiento del mismo atendiendo al estado de su patología. Sin embargo, el supuesto de las imposibilidades de espacio merece un análisis más detallado.

No resulta desconocida las dificultades arquitectónicas y espaciales con las que se encuentra en muchas ocasiones los profesionales dentro del ámbito hospitalario, tanto en el área de urgencias como en otras distintas. Si bien la medida de suspender el acompañamiento de personal allegado a los pacientes, con medidas como la ampliación del horario de visitas, puede entenderse como una razonable medida transitoria, en ningún caso compartimos la tesis de que esta deba convertirse en una solución de carácter permanente. Y es que, desde el mismo campo médico, se insiste en la idea de que el acompañamiento de los familiares tiene un carácter terapéutico para este tipo de pacientes, ya que así ellos se encuentran dentro de un ámbito relacional próximo que de forma continuada les apoya, implicándose en el seguimiento de su enfermedad y contribuyendo de forma decisiva a su estabilidad psíquica.

En aquellas Unidades de Salud Mental que presenten dificultades espaciales de tal índole que impidan a los pacientes disfrutar del derecho al acompañamiento de sus familiares, se deben acometer las necesarias reformas estructurales o habilitar otros espacios alternativos con el fin de que estos pacientes puedan disfrutar de este derecho en situación de igualdad con el resto de usuarios del centro hospitalario.

Establecer de forma permanente la regla de no permitir el acompañamiento de los pacientes con patologías mentales, aunque sea alegando razones de espacio físico, implica una actuación discriminatoria que esta Institución no puede compartir. Ello es

así porque no existe una insalvable o imprevisible razón objetiva y fundada –evolución clínica de la patología- que legitime el trato diferenciado del resto de usuarios, sino que nos encontramos ante unas razones de tipo estructural y organizativo que pueden ser modificadas acometiendo las debidas obras de reforma, o habilitando otros espacios alternativos como arriba se ha señalado.

En base a lo expuesto formulamos la siguiente **Sugerencia**:

“Que se estudien las medidas oportunas para acometer las debidas reformas estructurales, de organización o habilitación de espacios en las Unidades de Salud Mental de los hospitales públicos que lo necesiten, con el fin de que los pacientes dispongan de la superficie necesaria para hacer efectivo su derecho a ser acompañados por sus familiares y allegados durante el proceso asistencial”.

Urgencias y Emergencias.

Sin duda, de entre todas las cuestiones que se nos han presentado en relación a este apartado, destacan la queja relativa a los Servicios de Urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío planteada por parte del personal facultativo del mismo, así como otra relativa a las condiciones de trabajo en que se desenvuelve la actividad de los médicos residentes en estos servicios, para por último ocuparnos de un caso, desgraciadamente no excepcional, de descoordinación de los distintos niveles de urgencias.

Así en la **queja 06/5139** acudió a esta Institución un colectivo de médicos del Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, denunciando la situación del mencionado servicio. Entre las deficiencias a las que aludían se destacaban la reducida dimensión de la plantilla, las deficiencias arquitectónicas de los espacios destinados a Urgencias, la práctica sistemática de no cubrir los puestos que quedan vacantes por bajas o vacaciones del personal, los problemas que se derivan de la utilización de MIR en el servicio, las responsabilidades que recaen sobre los facultativos de plantilla y la distribución de puestos y horarios.

Tras la admisión a trámite de su queja, se requirió el oportuno informe del Director-Gerente del Hospital y del Director General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud. Además de los informes trasladados por dichas instituciones, se aportó el Plan Funcional de Urgencias del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, elaborado por la Jefatura de Servicio y refrendado por la Junta Facultativa del Hospital.

La primera cuestión que se planteaba era la suficiencia o no de la plantilla del personal adscrito a dicho Servicio para atender a la demanda asistencial. Si partimos de los datos que figuran en la Memoria de Gestión de dicho Hospital de 2006, resulta que el número de urgencias atendidas durante dicho año es de 114.631, con un promedio diario de 314 y un porcentaje de urgencias no ingresada del 90,4 %, de lo que se deriva que sólo el 9,6 % de los casos de urgencia atendidos son objeto de ingreso hospitalario. A ello hemos de añadir que en el Contrato Programa 2005-2008 para los hospitales el servicio Andaluz de Salud establece que el número de ingresos más las derivaciones no deben superar el 15 % de las urgencias atendidas.

La plantilla total del Servicio de Urgencias del Hospital, de acuerdo con los datos aportados por la Subdirección, era de 27 médicos con plaza y 7 eventuales, lo que hacía un total de 34 profesionales, sin contar los profesionales adscritos al Hospital de Traumatología y Rehabilitación que hacen jornada complementaria en el Hospital General.

De acuerdo con el Plan Funcional, el número mínimo de puestos de trabajo en la puerta de Urgencias sería el siguiente:

	PLANTILLA ADJUNTOS	RESIDENTES
MAÑANA	5	5 R1
TARDE	5	5 R1+2 R2
NOCHE	3	5 R1+2 R2

El turno nocturno, a su vez, se subdividía en tres: en el primero intervienen un médico de guardia y tres residentes; en el segundo, un médico de guardia y dos residentes; y en el tercero un médico de guardia y dos residentes, manteniendo tres consultas disponibles en cada turno.

No disponíamos de datos directos acerca de la intensidad horaria en la atención a las urgencias; sin embargo la Dirección expresaba que la media es de unas 50 urgencias diarias nocturnas, mientras que los facultativos reclamantes expresan que dicha media asciende hasta unas 100 diarias. Los estudios de la doctrina científica aportan la idea general de que existe un “pico” de demanda en Urgencias, que supera los 10 pacientes por hora, desde las 9 de la mañana hasta las 9 de la noche. A partir de esta última, se produce una progresiva disminución en la atención, que alcanza el punto más bajo de 2 a 3 de la madrugada.

Si tomamos en cuenta todos los datos aportados, junto a la frecuencia diaria que resulta de la referida Memoria de Gestión de 2006, resultaría una media de 239 urgencias atendidas en horario de mañana y tarde y 75 en horario de noche. Teniendo en cuenta los puestos de trabajo que como mínimo prevé el Plan Facultativo, se deducía para dicho periodo una media diaria de 10,86 urgencias por facultativo (sea adjunto o MIR) durante la mañana y tarde y 7,5 urgencias por facultativo durante la noche. Sin embargo estos datos pueden ser engañosos, máxime cuando hemos de tener en cuenta que los residentes –que son de primer y segundo año- están tutorizados por los adjuntos y que los MIR-1 no pueden firmar los ingresos de los pacientes ni decidir sobre los destinos finales o intermedios de los pacientes, de acuerdo con el Plan Funcional del centro. Por tanto, estos residentes no pueden actuar de forma autónoma, sino que siempre intervendría asesorados y dirigidos por su tutor en la atención de la urgencia, lo cual implica un incremento notorio en el número de asistencias en las que deben estar presentes los facultativos no residentes.

Partiendo de los estándares de acreditación de los Servicios de Urgencias Hospitalarias, elaborados por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), el personal médico destinado en consultas debe ser de un número no inferior a un facultativo por tres visitas/hora en cada turno; por tanto, en consultas el ratio debe girar, aproximadamente, en un médico adjunto por cada 4.000 pacientes asistidos al año. A los efectos de dicho cómputo, se excluyen los MIR-1, habida cuenta de la tutorización permanente y la situación de presencia física del adjunto que requieren, y los residentes de los demás cursos se tabularían a razón de dos residentes por un adjunto.

Teniendo en cuenta que la Memoria de Gestión 2006 del Hospital señala que son 114.631 las urgencias atendidas dicho año, el número óptimo de médicos adjuntos, de acuerdo con los criterios elaborados por la sociedad científica citada, sería de 28,65. Según el Plan Funcional Interno, la plantilla destinada a puerta está constituida por 13 adjuntos, más 15 MIR-1 y 4 MIR-2, lo que arroja un número total de adjuntos, de acuerdo con los criterios que estándar que estamos utilizando, de 15, cifra manifiestamente inferior, casi en la mitad, a la deseable.

Carecíamos de datos exactos para evaluar cuáles son los “puntos negros” de atención en urgencias atendiendo a las franjas horarias. Sin embargo podemos deducir, según lo que se infiere de las manifestaciones hechas por los interesados y la Administración, que surgen problemas de especial gravedad durante las franjas horarias de la tarde -en particular a partir de las 18 horas- y respecto a los distintos turnos de madrugada, que se encuentran bajo niveles mínimos, sin tener en cuenta que desde las 22 hasta las 24 horas aún existe una demanda importante, a la que hay que añadir los pacientes que quedan pendientes de atención desde la última franja de la tarde.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, concluimos la necesidad de incrementar el personal destinado al servicio de puerta de las Urgencias del Hospital, hasta alcanzar los estándares de calidad recogidos por SEMES, y ello en consonancia con la necesidad de facilitar una asistencia de calidad a los pacientes que acuden a un servicio de tanta importancia y tan sensible para el conjunto de la sociedad.

Otro punto que mereció una especial atención era el relativo al trabajo de los MIR en el Servicio de Urgencias y al grado de responsabilidad que debe asumir el adjunto frente a las actuaciones de los residentes, extremo que se aborda con mayor detalle en la **queja 08/3315** que recogemos a continuación en este informe.

Respecto al asunto de la falta de cobertura de las bajas que tienen lugar por vacaciones o enfermedades, con independencia de que las mismas sean de corta duración y que el nivel de absentismo sea bastante bajo, como nos informaba el Hospital, ello no es óbice para que un servicio tan trascendental para ciudadano como el de Urgencias tenga también una planificación adecuada a los efectos de que la plantilla, ya de por sí bastante sobrecargada por el número de pacientes que demandan su asistencia, no deba soportar además un incremento en su esfuerzo laboral al no preverse de una manera ágil y flexible la cobertura de las plazas que quedan vacantes.

El problema de las sustituciones no es nuevo, se agudiza periódicamente durante la época estival, y debe ser objeto de un estudio pormenorizado por los órganos de dirección, fijando una bolsa de sustitutos lo suficientemente amplia y accesible para

atender de una manera pronta y adecuada a las eventualidades que puedan surgir en cualquier momento.

Otra cuestión debatida era la de la distribución horaria y de puestos, con situaciones no rotatorias. Nada se nos decía al respecto por parte del Hospital respecto a la disponibilidad horaria de cada miembro concreto de la plantilla o su posibilidad de mantenerse en un mismo turno o poder cambiar dentro de ellos.

Evidentemente, la asignación de puestos y horarios debe ser lo más equitativa posible, tanto en cuanto a puestos como respecto a los horarios. De la información facilitada por la Administración y los estudios científicos resulta evidente la acumulación de urgencias en ciertas franjas horarias y una clara disminución de las mismas en horario nocturno.

El hecho de no realizar una distribución rotatoria implica una sobrecarga para ciertos facultativos que siempre tendrán una saturación en su jornada superior que la de otros que disfrutaban de una carga menor.

Tanto la atención al paciente como el derecho de los facultativos a ser tratados con equidad aconsejan una rotación de todo el personal, dejando a salvo a quienes, por causas debidamente justificadas, se encuentren imposibilitados para incorporarse a tal sistema. La implantación de este sistema redundaría en una mayor cohesión del equipo de trabajo.

La distribución de jornada y turnos debe llevarse a cabo con la flexibilidad suficiente para que el personal facultativo pueda verificar en condiciones normales su tarea de formación continua y actualización, que en el sector de atenciones de Urgencias reviste un carácter imprescindible para proporcionar una atención de calidad.

También tratamos otra cuestión: las infraestructuras físicas. La calidad del servicio de Urgencias de cada hospital se encuentra condicionado, en gran medida, por el espacio físico del que se dispone a los efectos de poder desarrollar adecuadamente su labor, impidiendo así el lamentable espectáculo de pacientes en camillas por los pasillos y la saturación de las salas de espera y de los puestos de estancias cortas, que forzosamente se alargan más allá de lo deseable. En este sentido, resulta extremadamente necesario proceder a “redimensionar” el área física de urgencias por parte del hospital, elaborando un estudio sobre ello, basado en la presión asistencial diaria y en la necesidad de habilitar un espacio suficiente para poder atender en condiciones óptimas a los pacientes.

El ámbito del espacio físico de las urgencias tiene una relación estrecha, no sólo con la calidad de la asistencia que se presta a los pacientes, sino también con la adecuada garantía de sus derechos fundamentales, tales como el derecho a la intimidad.

En este sentido, tomando como base el informe elaborado por la SEMES “Urgencias Sanitarias en España”, se pone de manifiesto un fuerte descontento de la ciudadanía acerca de la protección de su intimidad y privacidad durante su estancia en Urgencias. Resulta evidente que evitar la masificación en el servicio contribuiría netamente a solucionar tal problema.

Según las normas de acreditación de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, el número de consultas habilitadas debe ser de una por cada 10.000 visitas al año con carácter obligatorio, sin embargo en el Hospital sólo se cuenta con ocho, cuando la presión asistencial aconsejaría once.

A estos efectos, sería conveniente fijar dentro del Plan Funcional la superficie total necesaria, teniendo en cuenta que según los criterios de acreditación de la SEMES es necesario que cada consulta tenga una superficie mínima de 8 metros cuadrados, para incrementar el número total de las mismas, todo ello con el acometimiento de las debidas obras de reestructuración y reforma, indisolublemente unidas a un incremento en la dotación del personal, lo cual resulta obligado atendiendo a las nuevas dimensiones del servicio.

Es necesario hacer hincapié en el procedimiento de elaboración y aprobación del vigente Plan Funcional de Urgencias del Hospital.

Si bien es cierto que dicho Plan, de conformidad con lo prescrito en la normativa aplicable, ha sido elaborado por el Jefe del Servicio y aprobado por la Junta Facultativa del Hospital, no lo es menos que en el Punto 8.2.1 del Plan Funcional de la Sección de Urgencias y del Servicio de Cuidados Críticos y de Urgencias, recogida como documento técnico del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, establece:

“El Plan Interno de la Sección de Urgencias debe ser elaborado por la Jefatura del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, así como conocido y compartido por todos sus miembros y aprobado por la Dirección”.

Señalar en primer lugar que los principios recogidos en el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, tiene un carácter vinculante respecto a los Planes Funcionales Internos, los cuales deben adaptarse a las exigencias y principios contenidos en aquél.

Lo que se pretende con el Punto 8.2.1 es remarcar una idea absolutamente lógica: sólo si un Plan Interno de Urgencias se encuentra apoyado y compartido por la gran mayoría, si no por la totalidad, de los miembros de la plantilla resultará viable y útil; caso contrario se encuentra destinado al fracaso. Resultaba sintomático que casi la mitad de los miembros del personal de Urgencias hubieran firmado la queja, lo cual era un claro indicio de que, con independencia de que se cumplieran los trámites legales formales, dicho Plan resultaba irrealizable en la práctica al no contar con un amplio respaldo de los profesionales a los que va dirigido.

Recomendábamos en este punto a la Dirección a plantearse la necesidad de elaborar un nuevo Plan Funcional en orden a lograr los consensos más amplios posibles, teniendo siempre como fin último conseguir una óptima atención al paciente, centro de nuestro sistema sanitario.

Es sabido que uno de los problemas básicos con lo que se enfrenta cualquier servicio de urgencias hospitalaria es la afluencia masiva de pacientes al mismo, siendo constatable que un buen número de quienes acuden a dichos servicios podrían obtener más adecuadamente dicha asistencia por otra vía. En el informe ya citado varias veces

“Urgencias Sanitarias en España” se manifiesta el sentir común de los facultativos acerca de la saturación del servicio debida, entre otras razones, al mal uso que algunos ciudadanos hacen del mismo, cuando se acude a urgencias con patologías banales.

La concurrencia de esta circunstancia implica, de forma evidente, un innecesario incremento de la actividad asistencial y, como no, de los costes de los Servicios de Urgencias de los que, a veces, se hace un uso incorrecto.

En este sentido se impone por la Administración sanitaria y, especialmente, por los responsables de los servicios de urgencias, una auténtica actuación pedagógica e informativa respecto a la ciudadanía, mostrándole la necesidad de acudir a los mismos sólo en aquellos casos en que nos encontremos ante una situación que auténticamente sea tal y no para actos que perfectamente pueden ser atendidos en las consultas ordinarias. Debe desterrarse la idea de acudir a urgencias porque la lista de espera es demasiado larga.

Las consideraciones expuestas nos permitieron realizar a la Dirección-Gerencia del Hospital la siguiente **Recomendación**:

“Que se establezca un incremento urgente y progresivo del personal que constituye la plantilla del personal destinado a puerta de urgencias, hasta alcanzar los límites fijados en los estándares de acreditación de la SEMES.

Que se proceda a la elaboración por la Comisión de docencia del Hospital de un protocolo escrito de actuación para graduar la supervisión a los residentes en los servicios de Urgencias, con expresa delimitación de los ámbitos de responsabilidad del personal en formación, distinguiendo según el número de años de permanencia.

Que se prevea una serie de criterios o procedimientos para elaborar protocolos destinados a cubrir de una manera inmediata y eficaz las vacantes que puedan surgir en los puestos de Urgencias por bajas o vacaciones del personal.

Que se elabore un cuadrante o estructuración de plantilla en la que se prevea la rotación de facultativos dentro de las distintas jornadas y turnos, siempre que sea posible, distribuyendo equitativamente entre todos la carga asistencial.

Que se verifique un estudio tendente a fijar las necesidades de superficie para salas y consultas del Servicio de Urgencias, acometiendo las reformas necesarias para conseguir una adecuada proporción entre las infraestructuras de las Urgencias y la demanda asistencial.

Que se elabore un nuevo Plan Funcional Interno del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío, con el apoyo más amplio posible, si no cabe la unanimidad, de los profesionales que atienden al Servicio”.

Asimismo, y con apoyo en la misma norma legal, formulamos la siguiente **Sugerencia**:

“Que se organicen campañas de publicidad, conferencias, charlas coloquios o cualesquiera otros foros dirigidos a la ciudadanía en general, para concienciarla acerca del uso racional de los servicios de urgencias y de los inconvenientes que genera el mal uso de dichos recursos”.

Por otro lado, se promovió de oficio la **queja 08/3315** ante la noticia difundida por los medios de comunicación de que, en un Hospital granadino, los médicos residentes de primer año estaban firmando los partes de alta y baja de pacientes en el Área de urgencias sin visado de los respectivos tutores.

Se requirió a la Dirección Gerencia el pertinente informe, el cual nos fue remitido, alegando la existencia de un informe de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud en el que se expresaba que el visado dependía de la puesta en marcha de los protocolos regulados en el artículo 15.5 del Real Decreto 138/2008, lo cual no tendrá lugar hasta el mes de Febrero de 2009, sin que procediera la exigencia de tal requisito antes de dicha fecha.

A este respecto el referido Real Decreto establece:

«La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada.

Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

Las previsiones contenidas en este apartado se adaptarán a las circunstancias específicas de supervisión en las especialidades cuya duración sea de un año».

...

«Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés.

Dichos protocolos se elevarán a los órganos de dirección del correspondiente centro o unidad para que el jefe de estudios de formación especializada consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica» (art. 15. 3 y 5).

El Acuerdo de 31 de Julio de 2007, del Consejo de Gobierno, sobre las mejoras de las condiciones de trabajo de personal con relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, en su artículo 6 determina que en plazo de seis meses y, en todo caso, antes de acabar el año 2007, se procedería a la aprobación del Estatuto del Residente Andaluz, que abarcaría temas como la tutorización y el grado de responsabilidad del residente.

Entendemos que en informe de la Dirección General se tratan dos cuestiones distintas: la necesidad de visado en los informes elaborados por residentes de primer año y la elaboración del Protocolo de actuación para graduar la supervisión en áreas

asistenciales significativas. Entendemos que la exigencia de visado se encuentra vigente y es exigible de forma inmediata por las siguientes razones:

- No existe ninguna norma en el Real Decreto que condicione la aplicación del artículo 15.3 (exigencia de visado) a la entrada en vigor del párrafo 5 del mismo precepto (aprobación del Protocolo). La Disposición Transitoria Primera.1 establece que entrará en vigor el artículo 15.5 al año de la publicación del Real Decreto, pero no hace mención alguna del 15.3 que, por tanto, se regirá por su Disposición Final y comienza a aplicarse desde el día siguiente a la publicación en el BOE – 22 de Febrero de 2008-.

- El hecho de que el Protocolo entre en vigor al año de la publicación del Real Decreto obedece a una razón que nada tiene que ver con el visado de las actuaciones de los MIR-1. Dicha *vacatio legis* se debe a la necesidad de que las Comunidades Autónomas, en el ejercicio de sus competencias, procedan a la adecuación de las Comisiones de docencia que deben elaborar los protocolos; sin embargo, la exigencia del visado se puede realizar a través de la correspondiente circular interna, sin necesidad de la intervención de la Comisión, al tratarse de una exigencia directa e inmediata de la ley.

- La única norma concreta contenida en el Real Decreto en materia de supervisión de la labor del residente, más allá de la general relativa a su asunción progresiva de responsabilidad y al nivel decreciente de supervisión, es la contenida para los MIR-1 en el párrafo 3 del artículo 15, lo cual muestra de forma inequívoca voluntad del legislador de que la tutorización del residente de primer año sea continua y de presencia física, debido a su carácter novel y correspondiente falta de experiencia, la cual debe ser suplida por la supervisión constante del facultativo responsable. Esta norma, regulada de forma separada y expresa, debe ser aplicada de forma inmediata a la entrada en vigor de la ley, al contrario que el resto de actuaciones de los residentes mayores las cuales, al no estar delimitadas en el Real Decreto, deberán ser objeto de una exposición concreta y detallada en los Protocolos, de acuerdo con el antes mencionado criterio de asunción gradual de responsabilidades.

- La supervisión que debe verificarse respecto a los residentes de primer año debe ser de presencia física. Por lo tanto, al no poder realizar ninguna actividad autónoma el MIR-1, tampoco podrá por su cuenta y riesgo firmar partes de alta o baja, máxime en Urgencias, los cuales deberán constar del mencionado visado como acreditación de la presencia física a la que están obligados los tutores de forma continua respecto a los residentes de primer año. Si dicha presencia debe ser constante, no entendemos las razones que impiden la verificación del visado por un facultativo que, repetimos, debe estar presente.

- El acto del visado implica que un facultativo con un acreditado nivel de experiencia y cualificación ha comprobado que la orden de baja y/o alta verificada por el MIR es la ajustada y necesaria al estado clínico que presenta el paciente en cuestión. Igualmente comporta una garantía de la labor desarrollada por el residente, acreditando de la presencia física del facultativo y de la correspondiente asunción de responsabilidades.

La inobservancia de la exigencia de visado, concluimos, es una circunstancia que, además de no ser ajustada a Derecho, implica una inadmisibles merma de garantías en la asistencia sanitaria de calidad a la que tienen derecho los ciudadanos andaluces.

A lo expuesto hemos de añadir que este problema estaría resuelto si se hubiera procedido a aprobar el Estatuto del Residente Andaluz dentro de los plazos en que se comprometió a hacerlo el Consejo de Gobierno, cuestión aún pendiente.

En base a lo anterior formulamos la siguiente **Recomendación**:

“Que se proceda a dar las instrucciones necesarias en el citado Hospital para los tutores procedan a visar todos los informes de altas, bajas o cualesquiera otros relativos a actividades asistenciales que verifiquen los residentes de primer año en el Área de urgencias, o en cualquier otra, de forma inmediata”.

Por último, en la **queja 07/5352** la interesada exponía la actuación de los Servicios de Urgencias y Emergencias en relación a su madre que un día de primeros de Septiembre realizó una llamada al centro coordinador a través del dispositivo de teleasistencia, requiriendo atención como consecuencia de un dolor en el pecho que no había desaparecido con dos pastillas sublinguales, por lo que se envió al equipo móvil del dispositivo de cuidados críticos y urgencias más cercano, el cual tras una primera valoración requirió la presencia de un equipo de emergencias. Este último administró tratamiento a la enferma y tras desaparecer la sintomatología con el mismo, determinó que continuara en su domicilio con la advertencia de llamar de nuevo a urgencias en caso de que se repitiera la clínica.

Transcurridas unas dos horas se repitió la llamada con la misma finalidad, asignando el centro coordinador una ambulancia que trasladó a la paciente al hospital, al que llegó en una situación preagónica, falleciendo posteriormente a pesar de las medidas de que fue objeto.

Dos cuestiones se discuten fundamentalmente por la interesada de la asistencia brevemente descrita. La primera se relacionaba con la decisión de dejar a la paciente en el domicilio después de la crisis sufrida, al cuidado y “bajo la observación” exclusiva de su marido, de más de 70 años.

La segunda se vinculaba con el envío para atender la situación de la segunda llamada, de una ambulancia convencional, sin personal médico, que empleó 25 minutos en llevar a la paciente al hospital, sufriendo por el camino intensísimos dolores.

Contrariamente a lo que usualmente viene sucediendo, la reclamación planteada no se refería a los tiempos de respuesta, pues la demora excesiva en la atención por parte de los recursos destinados a tal fin, con la repercusión en el agravamiento de patologías o incluso en el fallecimiento de los pacientes, se convierte en la principal fuente de queja en similares supuestos.

Aquí sin embargo no se aludía en absoluto a los referidos tiempos de respuesta, por lo que habrá que entenderlos adecuados, sino que lo que se discute es la clasificación de la demanda y el índice de prioridad asignado, el tipo de medios empleados y la actividad asistencial propiamente dicha.

Contamos con dos documentos significativos sobre los dispositivos existentes y los criterios para su utilización que pueden arrojar algo de luz en este tema. Por un lado está el Plan Funcional de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, como documento técnico integrado en el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias; y por

otro lado el Protocolo de Coordinación de la Asistencia Extrahospitalaria Urgente y Emergente del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Como señala este último, la clasificación de las demandas de urgencia a través del teléfono es difícil, para ello se ha establecido un protocolo de preguntas para cada tipo de demanda, de manera que dependiendo de ésta, de los síntomas que presente el paciente, y de los antecedentes conocidos del mismo, se asigna a cada llamada una prioridad.

Continúa dicho documento estableciendo que el triaje es básico, porque del mismo depende la rapidez de la respuesta y los recursos que se asignen.

De esta manera el procedimiento antes descrito ha de llevar a la determinación de un nivel de prioridad que oscila entre el 1 y el 4, respectivamente relacionados con emergencias, urgencias no demorables, urgencias demorables, y avisos domiciliarios.

Pues bien tras examinar las patologías cuya presunción diagnóstica puede llevar a la asignación de los diversos niveles de prioridad, nos encontramos dentro del nivel 1 (emergencias) la sospecha de síndrome coronario agudo y el dolor torácico agudo con sospecha de patología grave, y dentro del nivel 2 (urgencias no demorables), del dolor torácico bien tolerado no sugerente de isquemia miocárdica o patología grave y sin antecedentes de patología isquémica.

Si aplicamos los indicadores al caso concreto analizado, nos encontramos con que tras la primera llamada, a cuyo interrogatorio de preguntas no tuvimos acceso, la demanda se clasifica en prioridad 2. Este criterio podría ser discutible teniendo en cuenta que la paciente tenía antecedentes de cardiopatía isquémica, si bien desconocemos si éstos eran conocidos o fueron comunicados al centro coordinador.

En todo caso y en definitiva, independientemente de la clasificación de prioridad del centro coordinador, tras la primera valoración realizada por el médico del DCCU, se requirió la presencia de un equipo de emergencias, por lo que la paciente terminó siendo atendida por el personal del 061.

Ahora bien, por lo que respecta a la idoneidad de su actuación, el único aspecto controvertido es el relativo a la opción por la permanencia de la paciente en su domicilio. Ciertamente se le realizó ECG, que se informa sin cambios significativos, y aplicó un tratamiento adecuado (NTG y oxigenoterapia) que hizo desaparecer la sintomatología, por lo que se decide, con la anuencia de aquélla, que se quede en su residencia con la advertencia de llamar de nuevo a urgencias si el dolor reaparece.

En esta tesitura no pudimos determinar si esta actuación se ajustó a la “lex artis” aplicable al caso, o debieron tenerse en cuenta otras circunstancias, como la edad de la paciente y su esposo, para dictaminar la derivación al hospital. Según constaba en la hoja de asistencia del primer equipo, el requerimiento de un equipo de emergencias se realizó precisamente con la intención del traslado a un centro hospitalario. Es sin embargo aquél el que, según manifestaba el informe administrativo, “no encuentra patología emergente”.

Según determina el informe de asistencia del hospital, la paciente tenía antecedentes de cardiopatía isquémica, habiendo sido intervenida de revascularización,

quedando desde entonces en situación de angor de esfuerzo. Sin embargo el infome del 061 señala que hacía tiempo que no se revisaba por su cardiólogo, de manera que sugiere valoración por frecuentes recidivas. Así no podemos apreciar si la paciente había padecido ya otras crisis en reposo, o esta era la primera vez que el dolor se presentaba con esta aparición brusca, siendo difícil dilucidar si se trataba de un episodio más en el contexto de su patología de base, o precisamente indicaba una situación mucho más grave.

La segunda clasificación de prioridad es sin duda el hecho que más despertaba nuestra duda. El informe administrativo nos indicaba que “revisada la demanda anterior” donde la paciente había sido valorada por dos médicos no habiéndose encontrado patología emergente, y quedando la paciente en domicilio, se consideró que el recurso más conveniente era derivarla por una ambulancia hasta el hospital para la realización de pruebas complementarias.

Puede resultar lógico que tras una intervención previa el centro coordinador no reprodujera el protocolo de preguntas, pero del contenido de la conversación mantenida con el esposo de la paciente, difícilmente se deduce que se hubiera revisado aquélla. Por el contrario lo que se traduce es que ni siquiera se conocía el resultado de la misma.

La operadora realizó preguntas a su interlocutor para acceder al diagnóstico tras la primera actuación, sabía que estuvo el DCCU y el 061, pero desconocía qué resultó de la referida asistencia, toda la información la intentó obtener de aquél y la que éste le proporcionó apenas debió servirle para conocer el estado real de la situación, pues el único dato que resultó del contacto telefónico es la reaparición del dolor. Verdaderamente las palabras del esposo de la paciente (desconocemos si su tono) no parecían traducir un estado de emergencia, pero entendemos que el médico del centro coordinador, que llega a preguntar por la historia clínica que el equipo ha debido dejar en el domicilio, no tiene elementos de juicio suficientes para evaluar la demanda y decide en este estado de cosas sobre el envío de una ambulancia sin equipamiento médico, que resultó claramente inadecuada para el caso.

En el Protocolo de Coordinación de la Asistencia Extrahospitalaria urgente y emergente del Sistema Sanitario Público de Andalucía, al que aludimos al principio, se determina expresamente que los dispositivos que intervienen en este tipo de asistencia (EM y UCCU/CAP) tendrán que informar en todas las ocasiones (entendemos que al centro coordinador) del cierre del caso y de la orientación /juicio clínico (CIE-9).

No parece que en este supuesto dicha comunicación diagnóstica se hubiera realizado, y mucho menos que se ofreciera alguna información añadida, que en el caso de pacientes ancianos puede resultar de utilidad. La enferma se quedó en su domicilio advertida de la realización de una nueva llamada a urgencias en caso de que se repitiese la clínica, luego el equipo pensaba en esta eventualidad de aparición del dolor, pero dicha llamada no fue efectiva porque, dejando a un lado la responsabilidad compartida que pudiera existir en este punto, la clasificación de prioridad no fue adecuada como tampoco el medio asignado.

Por nuestra parte constatamos que la Administración Sanitaria Andaluza es consciente de la importancia que revisten las enfermedades cardiovasculares, las cuales constituyen la primera causa de muerte en los países desarrollados. En este sentido ha tenido iniciativas como el Plan Integral de Atención a las Cardiopatías en Andalucía

2005-2009 a través del cual trata de potenciar la actividad de los servicios sanitarios del sistema público en la prevención y mejor atención de los pacientes afectados por estas enfermedades.

La relevancia del conocimiento previo de este tipo de afecciones por parte de los equipos de emergencias ha quedado refrendada por el denominado Programa Corazón, que prevé la posibilidad de que los enfermos que hayan sido dados de alta de los hospitales con diagnóstico de infarto o angina inestable se identifiquen con una tarjeta y figuren en una base de datos que permita conocer sus antecedentes, de manera que se reduzca el tiempo de respuesta de los citados servicios sanitarios.

Entendemos que en el supuesto analizado se produjo un incumplimiento de la obligación de comunicar el diagnóstico, cuyo desconocimiento por el centro coordinador a la hora de la segunda llamada, se evidencia del contenido de la conversación transcrita.

De esta manera a la hora de asignar la prioridad a la segunda demanda de asistencia se obviaron particularidades del primer episodio de atención que quizás hubieran permitido al Centro Coordinador, con independencia de la apreciación profana del marido de la paciente para comunicar el agravamiento sufrido por el estado de salud de aquélla, evaluar más acertadamente dicha situación.

No podíamos aventurar qué hubiera pasado si se hubiera enviado de nuevo a un equipo de emergencias tras el segundo requerimiento de asistencia, pero podemos decir que los medios hubieran sido más acordes a la entidad del padecimiento, y la actuación sanitaria, tan condicionada en estos casos por el factor tiempo, se hubiera producido antes.

En el Protocolo de Coordinación, se contienen una serie de situaciones especiales con criterios específicos a emplear en cuanto a la priorización de la asistencia (paciente en la vía pública o demanda de miembros de los cuerpos de seguridad, llamadas procedentes del 112, sospecha o confirmación de óbito, violencia de género,...). Entendemos que las circunstancias de la paciente hubiera permitido encuadrarla en algunas de las así previstas (pacientes mayores con patología crónica asociada y los que realicen una rellamada en la que se detecta un empeoramiento sustancial del motivo de la demanda inicial), aunque ello no fue motivo de una mayor prioridad en la asistencia.

Lo cierto es que pensamos que en casos como el que analizamos, en los que se acuerda con la paciente la permanencia en el domicilio tras la estabilización de una sintomatología de carácter grave, quedándose en aquél con su marido, y siendo ambos de avanzada edad, y otros tantos en los que por razones de diversa índole se detecten circunstancias específicas que lo hagan aconsejable; se proceda a su clasificación como “situaciones especiales”, a fin de adoptar las medidas oportunas para incrementar la información comunicada al centro coordinador, e incluso realizar un seguimiento activo de la situación por parte de éste, a efectos de la priorización de una nueva asistencia en caso de rellamada.

Es por eso que las consideraciones realizadas motivaron que formuláramos al Servicio provincial del 061 la siguiente **Recomendación**:

“Que se plantee el caso ante la Comisión de seguimiento y mejora de la coordinación de urgencias y emergencias SAS-EPES del Distrito, y dentro de las funciones de esta última para realizar propuestas de mejora de los mecanismos de coordinación, se adopten medidas para hacer efectivo el cumplimiento de la obligación de informar al centro de comunicaciones sobre el diagnóstico después de una asistencia, así como se valore la posibilidad de identificar circunstancias que permitan incrementar el contenido de dicha información a efectos de asignación de prioridad en caso de rellamada”.

Gestión Administrativa.

Se destacan dos quejas en las que se plantea el reintegro de sendas asistencias sanitarias privadas, a la que acuden los pacientes ante lo que entienden como insuficiencia del sistema sanitario público de Andalucía.

Así en la **queja 08/0694** la interesada exponía que, al sufrir una elevación en los marcadores tumorales en la enfermedad oncológica que padecía, se recomendó por el facultativo la práctica de una prueba diagnóstica de PET, la cual se demoró varios meses, a pesar de los niveles alarmantes de dichos marcadores, motivo por el que la misma insistió en que la prueba se adelantara, sin que fuera atendida su pretensión. Por tanto, acudió a una clínica privada para que realizaran sin tardanza la prueba, confirmando la recaída en la enfermedad y delimitando de forma precisa la zona afectada, procediéndose de inmediato a ser tratada mediante quimioterapia. Asimismo procedió a reclamar el reintegro de los gastos por dicha asistencia, siendo desestimada su petición por la Administración en base a no encontrarse ante un supuesto de asistencia sanitaria urgente, inmediata y vital, como exige el artículo 4.3 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre.

De los datos aportados por la interesada y el informe de la Administración resultaba que la paciente, ya intervenida quirúrgicamente en 2005 y con antecedentes de carcinoma ovárico, presentaba una elevación progresiva de los marcadores tumorales entre Febrero y Abril de 2007, lo cual hacía sospechar la existencia de una posible extensión tumoral. En vista de lo anterior, se solicitó una Tomografía por emisión de positrones (PET) al hospital público granadino el 14 de Marzo de 2007, sin que conste su petición como urgente. La interesada realiza el PET el 29 de Marzo de 2007 en una Clínica privada malagueña, abonándolo de su peculio y comenzando el tratamiento de quimioterapia el 10 de Abril de 2007. Finalmente, de acuerdo con lo expuesto en la historia clínica, se procede a practicar el PET en la sanidad pública el 05 de Junio de 2007 y el 03 de Septiembre de 2007.

La interesada presentó su solicitud de reintegro de gastos sanitarios en la Delegación Provincial de en Abril de 2007, reclamando el importe de la prueba practicada en la clínica privada más los gastos de desplazamiento y alojamiento. La Delegación, mediante resolución fechada el 20 de Junio de 2008 se lo deniega por entender que no concurrió urgencia vital e inmediata.

Ante dichas circunstancias, esta Defensoría realizó las siguientes consideraciones:

Por nuestra parte entendíamos que concurría un supuesto de urgencia vital, atendiendo tanto a los antecedentes médicos de la interesada como a la tardanza que

hubo en practicarle la prueba del PET -casi tres meses- tras comprobar que los indicadores tumorales eran elevados. No debemos olvidar que en enfermedades de este tipo un diagnóstico precoz y una actuación a tiempo incrementa notablemente las posibilidades de curación y supervivencia.

De hecho, la quimioterapia se empezó a aplicar a la interesada días después de practicarse el PET en la clínica privada y dos meses antes de la realización de la prueba programada en el hospital público.

En este mismo sentido hemos de hacer referencia a un estudio de la American Cancer Society Inc. del año 2008, según el cual el cáncer ovárico, si se diagnostica y es tratado con anterioridad a propagaciones fuera del ovario, ofrece unas altas tasas de supervivencia.

Una muestra de la perentoriedad de los plazos en esta patología nos viene dada por el II Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-2012, dentro del apartado “Compromisos con las personas que atendemos”, establece que toda persona con sospecha de cáncer comenzará las pruebas diagnósticas confirmatorias en el plazo máximo de dos semanas (Pág. 83). En el supuesto de la queja, la práctica de la prueba, que sirve no sólo para confirmar sino también para delimitar de forma exacta el estado y la localización de la enfermedad, se demoró hasta casi tres meses.

Que, en cuanto al reintegro, el Decreto 372/2004, de 1 de Junio, que regula los plazos de resolución y notificación, así como los efectos de la falta de resolución expresa de los procedimientos administrativos en el ámbito de la Consejería de Salud, incluye en su Anexo I una relación de los procedimientos iniciados a solicitud del interesado con silencio estimatorio. Dentro de los mismos podemos destacar el procedimiento para el reintegro de gastos de asistencia sanitaria urgente de carácter vital que no pudo ser ofrecida por el Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para el reintegro de gastos por desplazamiento, para los que se prevé una duración máxima de tres meses para su resolución.

Como quiera que la interesada presentó su reclamación en Abril de 2007 y que la fecha de redacción de la resolución –desconocemos la fecha de entrega de la misma a la interesada, que es la que debe computarse como final del plazo- es de 20/06/08, es decir, catorce meses después, es de plena aplicación el carácter estimatorio o positivo del silencio que predica el Anexo I del mencionado Decreto, siendo de aplicación el artículo 43.4 a) de la Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, reguladora del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, según el cual en los casos de silencio administrativo estimatorio, la resolución expresa posterior al acto sólo podrá ser confirmatoria del mismo. Caso de vulnerarse dicho precepto, como sucede en este supuesto, se incurre en una infracción del ordenamiento jurídico que implica la anulabilidad del acto según el artículo 63.1 de la mencionada ley. Atendida dicha circunstancia, cabría aplicar el artículo 105 de la misma, según el cual la Administración puede revocar en cualquier momento sus actos de gravamen o desfavorables siempre que ello no resulte prohibido por la ley, o sea contrario al principio de igualdad, al interés público o al ordenamiento jurídico.

Hemos de añadir que, en este caso, no resultaría de aplicación el Decreto 96/2004, de 9 de Marzo, regulador de los plazos de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos de

asistencia especializada, si bien el plazo de respuesta que se señala para los procedimientos diagnósticos es de 30 días (artículo 3), dicho plazo sólo comprende los mencionados en el Anexo III del Decreto, donde se incluye la Tomografía Axial Computerizada (TAC) en sus distintas modalidades, mas no la Tomografía por emisión de positrones (PET), omisión cuya justificación desconocemos y que motiva la sugerencia con la que concluimos la presente resolución.

En base a las consideraciones expuestas formulamos a la Delegación Provincial de Salud la siguiente **Recomendación**:

“Que se proceda a la revocación de la Resolución de 20/06/08 recaída en la reclamación de reintegro de gastos formulada por D^a. Isabel Rosario López Molina, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 105 de la Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, procediéndose a dictar una nueva resolución estimatoria del reintegro de los gastos de realización de la prueba de diagnóstico, alojamiento y desplazamiento realizados por la administrada”.

Igualmente, con el mismo fundamento normativo se le dirigió a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud la siguiente **Sugerencia**:

“Que se estudie la inclusión del diagnóstico a través de Tomografía por emisión de positrones (PET) en el Anexo III del Decreto 96/2004, de 9 de Marzo, regulador de los plazos de respuesta para procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos del Sistema Sanitario Público de Andalucía, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios con los que se cuenta para ello”.

Otro supuesto lo tenemos en la **queja 07/0297**, donde la interesada nos exponía que su hijo padece un trastorno del desarrollo por autismo consecuencia del cual tiene prescrito por la Unidad Hospitalaria de Salud Mental Infantil una terapia de apoyo psicopedagógico.

A este respecto nos señalaba que la psicoterapia que recibía de la UHSMI, era absolutamente insuficiente e inadecuada para atender sus necesidades terapéuticas, pues durante casi tres años había recibido tan sólo 26 sesiones (una cada dos meses) de una duración de 15 ó 20 minutos cada una, periodicidad e intensidad que estimaba insuficientes para cubrir las necesidades mínimas para poder evolucionar adecuadamente.

Ante esta situación, se vieron obligados a acudir a los servicios terapéuticos privados de un gabinete psicológico, acreditándose a partir de entonces el enorme avance que ha experimentado tras un año de terapia continuada (dos sesiones semanales de 1 hora cada una), especializada, individualizada, e integral adaptada a las áreas cognitivas, de interacción social, psicomotricidad y las distintas peculiaridades conductuales y sensoriales de su hijo.

Que consecuencia de lo anterior, la interesada solicitó a la Delegación Provincial de Salud el reconocimiento del derecho de su hijo a recibir una prestación sanitaria individual, así como el reintegro de los gastos que el referido apoyo psicopedagógico privado le suponía, siéndole desestimado argumentándose en primera instancia que el

apoyo psicopedagógico como prestación complementaria a la sanitaria no se recoge en la vigente cartera de servicios, y en segunda instancia que los reintegros de gastos sólo se prevén en la normativa excepcionalmente para los casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, así como que las sesiones recibidas en los últimos años en la UHSMI cumple con lo marcado en la normativa vigente, y en este sentido se nos informaba lo siguiente:

“La intervención psicoterapéutica se basó en: apoyo psicológico individual dirigida al niño, y orientación familiar dirigida a los padres. Específicamente, el plan de intervención comprende:

- *Apoyo psicológico individual dirigido al niño:*
- *Orientación familiar dirigida a los padres*

En cuanto a la frecuencia de las sesiones clínicas, se consideró como “frecuencia adecuada”, la de cada 6/8 semanas, con una duración total de 45 minutos por sesión.

La evolución clínica del niño en estos cuatro años ha sido muy positiva, mostrándose en la actualidad estabilizado, y habiendo remitido de forma significativa la angustia y los episodios de agitación.”

Por su parte la interesada, en su escrito de alegaciones, matizaba que la psicoterapia de la UHSMI que se le presta a su hijo se resumía a una visita, cada 6/8 semanas, de unos 15/20 minutos de duración y cuyo contenido gira en torno a preguntas relacionadas con las posibles novedades que se hayan producido entre visita y visita, calificando dicho evento como revisión médica y no propiamente sesión psicoterapéutica.

Dejando a un lado cuestiones anexas planteadas en el expediente (sobre la concreción de la patología y otros aspectos relativos al ámbito educativo) y ciñendo a si el menor venía recibiendo la asistencia que precisaba y a quien correspondería su financiación en el caso de que esta se proveyera desde el sector privado, realizamos las siguientes consideraciones:

En primer lugar señalamos que el Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios del SNS dispone en su Anexo III (Atención especializada), apartado 7.5, que la atención a la salud mental comprende “el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia... comprendiendo las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día...”, atención que se lleva a cabo a través de los niveles de atención mental en los Equipos de Salud Mental de Distrito y de las Unidades Hospitalarias de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J), siendo los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) uno de los aspectos priorizados por el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2004-2007).

En este contexto hay que entender la prescripción facultativa que se realizó en este caso, que se circunscribe a un “apoyo psicológico individual” consistente en una sesión clínica de 45 minutos, y con una frecuencia de 6/8 semanas, prescripción que se consideraba por la interesada del todo insuficiente máxime cuando ni siquiera la duración de estas sesiones excedía en la práctica de los 15-20 minutos y cuyo contenido

en ningún momento puede entenderse como una sesión psicoterapéutica, pues se limitaba en la práctica a una visita de mero seguimiento.

De la información clínica obrante en el expediente se deducía que el menor sufría un TGD sin especificación (F84.9 de CIE-10), con un notable grado de trastorno tal y como se especificaba en el informe de la UHSMI “a nivel de lenguajes oral, resulta ininteligible y ecolálico ... dificultades en el área de psicomotricidad”, circunstancias que motivaron la prescripción de “apoyo psicopedagógico” y la escolarización en una aula específica.

Aun compartiendo con la Administración que en el aula específica (con otros dos alumnos con TGD y un monitor compartido) se estaba llevando a cabo una labor psicopedagógica, esto no exonera a la Administración Sanitaria para prestar las terapias psicopedagógicas en la intensidad que requiere el caso.

Desde esta perspectiva, el hecho de que la evolución clínica del menor fuera positiva, afirmación que compartía tanto la Administración como los padres, cabía imputarla mas a la labor psicoterapéutica que se complementaba desde el ámbito privado.

A este respecto hay que destacar aquí que el propio informe psicopedagógico del Centro concertado donde se encuentra escolarizado el menor señalaba que ante los graves problemas de conducta que planteaba en el aula específica se solicitó de forma urgente la ayuda del gabinete psicológico privado, especializado en TGD, y es a partir de este abordaje con estrategias de autocontrol cuando se produce la mejoría y estabilización del alumno, haciendo posible la continuidad.

La doctrina científica sobre esta patología es unánime al recomendar que la terapia psicopedagógica debe situarse entre 2 y 4 sesiones semanales de una hora de duración cada una, o lo que es lo mismo, un mínimo de 48 sesiones semestrales (con un máximo de 96), intensidad de tratamiento que contrasta con las 3-4 sesiones semestrales de 20 minutos (equivalente semestralmente a una sola sesión de una hora), datos que nos ahorran todo comentario.

Correlato de todo ello es que la solución buscada por los padres, a instancia del Colegio, es la provisión privada del apoyo que desde el ámbito público se deniega en la práctica, con el sarcasmo añadido de que por la Administración no solo se considera adecuado y suficiente la intensidad del tratamiento que se lleva a cabo desde la USMI-J, sino que se arroga en exclusiva los beneficios terapéuticos alcanzados en el mismo.

Cuesta creer si este posicionamiento administrativo se mantendría en la hipótesis de una desasistencia de una prestación consistente en sesiones de quimioterapia en un caso oncológico grave, cuyo paciente se viera obligado a proveerse las sesiones precisas en el ámbito privado.

Así pues, teniendo en cuenta los hechos expuestos, formulamos a la Delegación Provincial de Salud la siguiente **Sugerencia**:

“Que por los profesionales de la UHSMI se establezca la intensidad de los tratamientos psicoterapéuticos adecuados al caso, y que este se lleve a cabo bien en el ámbito (hospitalario o educativo) que se considere más adecuado.

Que se estudie la forma de resarcir los gastos realizados por los padres en el ámbito privado.”

Centros y Servicios Sanitarios.

Las actuaciones sanitarias llevadas a cabo por los centros o clínicas de Estética apenas tiene presencia en las quejas que llegan a nuestra Institución, pues en la medida que los afectados/as son objeto de una mala praxis médica suelen acudir a la vía jurisdiccional. No obstante, queríamos conocer los datos relativos al control de la actividad privada en este ámbito y, en su caso, impulsar la actuación de la inspección sanitaria, a la vista del significativo alcance de los casos que se denuncian en los medios de comunicación.

Así en el expediente de **queja 07/5338** indagamos sobre la situación de los centros privados de medicina y cirugía estética en nuestra Comunidad Autónoma, en la que planteábamos a las distintas Delegaciones Provinciales de Salud las siguientes cuestiones:

- Número de centros de esta naturaleza inscritos en el Registro General de Centros Sanitarios de la provincia (a 31 de Diciembre de 2007).

- Existencia de un plan específico de actuaciones inspectoras, con indicación, en su caso, de su contenido, periodicidad de las actuaciones, número de actuaciones inspectoras llevadas a cabo en el periodo 2005-2007, actas de infracción y expedientes sancionadores con expresión de su estado de tramitación y número de sanciones impuestas.

Recabados los correspondientes informes por parte de estas Delegaciones se nos venía a informar lo siguiente:

De la consulta al Sistema de Información de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios (SICESS) de la Consejería de Salud se deduce, en relación a los Centros reconocidos, lo siguiente:

- Centros con la Unidad de Asistencia de Cirugía Estética 39
- Centros con la Asistencia de Cirugía Plástica y Reparadora 215
- Centros con la Unidad de Asistencia de Medicina Estética 147

La actuación de las Inspecciones Provinciales sobre estos Centros de estética (que giran comercialmente con diversas denominaciones) ha dado lugar a lo largo de los años 2005-2007 a un número indeterminado de actuaciones, (visitas enmarcadas en el seno de expedientes, de autorización, sancionadores, etc.) con un resultado de 53 expedientes sancionadores con el siguiente desglose por provincias: Almería 8, Cádiz 0, Córdoba 6, Granada 5, Huelva 0, Jaén 7, Málaga 25 y Sevilla 2.

Las infracciones administrativas detectadas en virtud de esta actividad inspectora resultaba diversa, destacando aquellos centros que no adecuan su actividad a la autorización concedida, seguidos de aquellos que carecen de autorización de funcionamiento y otras causas (publicidad ilícita, denuncias, etc.).

Los datos anteriores, junto a otros relativos a las visitas de inspección llevadas a cabo sobre este tipo de Centros venían a demostrarnos la escasa incidencia de esta intervención administrativa en el sector, máxime ante el elevado número de centros dedicados a esta actividad en esta Comunidad Autónoma (alrededor del medio millar de centros) y la naturaleza de la actividad clínica, circunstancias ambas que aconsejan se lleven a cabo con las debidas garantías sanitarias.

La actuación de control por parte de la Administración Sanitaria viene enmarcada en el Plan anual de Inspección en el que se incluye un programa general a esta finalidad, que en el vigente para 2008 (Orden de 20 de Febrero de 2008) enmarcado en el relativo a inspección de centros y servicios sanitarios, y en los específicos sobre “autorizaciones de centros sanitarios” y “control del cumplimiento de la normativa sanitaria” (I.B.4 y I.B.5). En este último caso, se dispone que cada Inspección Provincial fijará los centros a evaluar utilizando como criterio de focalización “las denuncias habidas en años anteriores o en la actualidad, que puedan ser indicio de posibles irregularidades”, señalando para 2008 como centros o servicios a inspeccionar con carácter prioritario los relativos a “instituciones penitenciarias, ambulancias o vehículos para el transporte colectivo de pacientes en diálisis, residencia para la tercera edad u unidades de vigilancia de la salud en servicios de prevención de riesgos laborales ajenos”.

Cabe destacar que en Andalucía, como en el resto del país, el crecimiento del bienestar ha producido un incremento de la demanda ciudadana hacia la mejora estética a través de intervenciones quirúrgicas de distinta naturaleza y grado (rinoplastia, mamoplastia, liposucción, blefaroplastia, implantes faciales, liftings, etc.), a la que no es ajena una publicidad muy agresiva para atraer a la clientela (primera consulta gratis, etc.), circunstancias todas ellas las que han motivado que tanto en nuestra gestión ordinaria de las quejas como en las denuncias que trasladan los medios de comunicación se expongan reclamaciones de los usuarios de estos centros y servicios sobre distintos extremos (legalidad del Centro, posesión de la especialidad por parte de los profesionales intervinientes, praxis médicas aplicadas, etc.), lo que en última instancia plantea la necesidad de reforzar las medidas de control sobre este sector de actividad sanitaria.

Debe tenerse en cuenta que en la mayoría de estos casos, como son los que acceden a esta Institución, viene a plantearse por la ciudadanía la denominada “medicina de resultados”, en el que esta medicina privada se compromete frente al usuario a la obtención de un resultado determinado (frente a la medicina curativa que impera en el ámbito público), recayendo sobre estos profesionales la obligación de obtener un resultado e informar a este sobre los riesgos y pormenores de la intervención.

En estos casos, con independencia de que la relación y exigencia de responsabilidad entre las partes se circunscribe al ámbito privado, no cabe duda de que también incide una responsabilidad pública en cuanto al control de la actividad que por parte de estos centros sanitarios privados se lleva a cabo, por así disponerlo la normativa en materia de intervención pública en materia de salud (art. 19 de la Ley de Salud de Andalucía y Decreto 156/1996, de 7 de Mayo, sobre ordenación de la Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios de la Junta de Andalucía, entre otras).

Lo anteriormente expuesto nos lleva a postularnos en el sentido de instar a la Administración Sanitaria a que la Inspección Sanitaria redoble los esfuerzos sobre el

control de la regularidad administrativa de estos centros y ello en base a una planificación previa en el correspondiente Plan de Inspección de cada ejercicio, y en tal sentido formulamos la siguiente **Sugerencia**:

“Que en el Plan Anual de Inspección correspondiente a 2009 se incluya un programa específico de inspección de centros privados que incluyan en su oferta asistencial medicina estética, cirugía estética y/o cirugía plástica y reparadora”.

Resolución que ha sido asumida favorablemente por la Administración Sanitaria.

Prestaciones: Medicamentos y Visados.

Un caso peculiar en esta materia nos lo planteaba el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Veterinarios en la **queja 08/1677** en la que se hacía referencia al problema del depósito y dispensación de los medicamentos humanos, generalmente de uso hospitalario, que se debían utilizar por estos profesionales para paliar los sufrimientos de los animales en supuestos excepcionales de carencia de fármacos de uso veterinario. Igualmente se nos refería que dicho problema se había puesto en conocimiento de la Administración desde 2003, proponiendo soluciones como la instalación en las clínicas veterinarias de “depósitos de medicamentos” con las debidas garantías, y que, tras haber solicitado soluciones a dicho problema respecto a los departamentos de Agricultura y Salud, ambas contestaron expresando que la materia era competencia de la otra Consejería.

A estos efectos se requirieron informes a la Consejería de Agricultura y a la Consejería de Salud. En su contestación, la Consejería de Salud expresó que, de conformidad con la vigente Ley de Farmacia de Andalucía, no procedía que las oficinas de farmacia suministraran medicamentos de uso hospitalario a los veterinarios y que la solución planteada por el Consejo Andaluz no era viable, pues los depósitos de medicamentos sólo son admisibles en los centros y servicios sanitarios previstos en el Capítulo II del Título IV de la mencionada ley, dentro de los cuales no se encuentran los centros veterinarios. Finalmente añade que en el Proyecto de Ley de Farmacias de Andalucía se eliminó toda referencia a medicamento de uso animal, a petición de la Consejería de Agricultura.

Por su parte, la Consejería de Agricultura, basándose en el artículo 54 de la Ley de Farmacia de Andalucía, entiende que es la Consejería de Salud la que debería autorizar a las clínicas veterinarias como depósitos de medicamentos para satisfacer los requerimientos asistenciales de las mismas.

En este punto, la primera cuestión que merecía nuestra atención era el hecho de que un colegio profesional se dirigiera a dos Consejerías para obtener la solución de un problema legal y cada una de ellas expresara que dicha competencia no le correspondía a ella, sino a la otra.

El artículo 3 e) de la Ley 9/2007, de 22 de Octubre, de Administración de la Junta de Andalucía, establece entre sus principios generales de organización y funcionamiento el de coordinación, y el artículo 4 del mismo cuerpo legal dispone que la Administración de la Junta de Andalucía constituye un sistema integrado de órganos administrativos y de entidades vinculadas o dependientes de la misma, informado por el principio de coordinación, cuya organización y funcionamiento se articulará de forma

que se garantice la eficacia y diligencia máximas en el cumplimiento de sus funciones y en la prestación de sus servicios.

Entrando en el fondo de la cuestión que nos concierne, resulta evidente que la normativa vigente permite a los veterinarios usar medicamentos humanos, de uso hospitalario, para atender a los sufrimientos de los animales, cuando en el mercado se carezca de fármacos veterinarios específicos, según el artículo 81.1 b) del Real Decreto 109/1995, de 27 de Enero, de Medicamentos Veterinarios.

El problema surge con la distribución de tales fármacos, que son de uso exclusivamente hospitalario, para su empleo por los veterinarios.

El artículo 14.9 a) de la Ley 22/2007, de 18 de Diciembre, de Farmacia de Andalucía, prohíbe que las oficinas de farmacia dispensen medicamentos de uso hospitalario, salvo los destinados exclusivamente a clínicas, hospitales y otros centros en los términos previstos en las letras b) y c) del apartado 4 del artículo 11 de la ley – depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios, penitenciarios y otros centros y servicios sanitarios previstos en esta ley-.

Asimismo, el artículo 54 de la mencionada norma prescribe que los centros y servicios sanitarios no regulados en los artículos anteriores, junto a los servicios que presten asistencia sanitaria móvil, podrán solicitar a la Consejería competente en materia de salud autorización para mantener un depósito de medicamentos.

La Consejería de Salud, en su informe, interpreta de manera estricta el término de centros y servicios sanitarios, limitándose a los enumerados en el Capítulo IV del Título II de la Ley 22/2007 -los centros sociosanitarios y penitenciarios, amén de los de atención primaria, especializada y hospitales- sin que se haga mención de los centros veterinarios.

No obstante, entendemos que dicha interpretación no resulta la más adecuada para el siguiente caso por las razones que exponemos a continuación.

El problema que se suscitaba era realmente singular: la dispensación de un medicamento de uso humano y carácter hospitalario no para personas, sino para animales. Esta singularidad es la que hace que la cuestión en sí no tenga una solución específica ni en la normativa dedicada al medicamento humano, centrada el uso los fármacos en personas, ni en la regulación de los medicamentos veterinarios, que si bien se emplea en animales no son propiamente medicamentos aptos para uso humano. De ello se deriva la existencia del actual vacío normativo, el cual se ve favorecido por la falta de desarrollo reglamentario de las leyes 22/2007, de 18 de Diciembre, de Farmacia de Andalucía y 29/2006, de 26 de Julio, de uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Ante esta ausencia de norma reguladora, no podemos olvidar que nuestro ordenamiento jurídico se define como completo, a tenor de lo previsto en el artículo 1.7 del Código civil, de manera que para colmar la lagunas normativas acude a los llamados mecanismos de integración del derecho. Uno de ellos es la analogía, regulada en el artículo 4.1 del Código civil, según el cual procederá la aplicación analógica de las normas cuando éstas no contemplen un supuesto específico, pero regulen otro semejante entre los que se aprecie identidad de razón.

En esta queja nos encontramos con el problema de que los depósitos de medicamentos, según la literalidad de la norma, podrán constituirse en los centros sanitarios debidamente autorizados por la Consejería de Salud. Nada se regula ni en la Ley de Farmacia de Andalucía ni en otra disposición acerca del depósito de medicamentos de uso hospitalario en el supuesto excepcional en que deban ser aplicados a los animales. En este sentido, entendemos que se produce una identidad de razón entre el concepto de centro sanitario, limitados a los antes citados y destinados a atender a la salud humana, y los centros veterinarios, cuyo fin es el de velar por la salud de los animales.

Así, y en virtud de esta figura, cabe la posibilidad de que la Consejería de Salud pueda aplicar el artículo 54 de la Ley 22/2007 a los centros veterinarios, autorizándolos como depósitos de medicamentos, sin perjuicio de las restricciones y garantías que se estimen convenientes fijar a tal fin.

Reseñar finalmente que la solución que proponemos aparece avalada por otros referentes normativos. La Resolución de 6 de Noviembre de 2006, de la Dirección General de Farmacia y de Productos Sanitarios de la Comunidad Autónoma Valenciana establece un procedimiento para el suministro de medicamentos estupefacientes a las clínicas veterinarias y sus hospitales, estableciendo que el mismo se llevará a cabo por la oficina de farmacia legalmente autorizada.

Así pues, teniendo en cuenta los hechos expuestos, formulamos a la Consejería de Salud la siguiente **Recomendación**:

“Que se proceda por la Consejería de Salud a autorizar el establecimiento de depósitos de medicamentos en los centros veterinarios”.

Por otro lado, en la **queja 07/3102** una Asociación de Alzheimer nos exponía, con ocasión de la negativa a realizar el visado de las recetas expedidas por el especialista endocrino, por incumplimiento de los requisitos previstos en la normativa vigente para el acceso a la misma, que en el caso de pacientes con esta enfermedad, exige la administración de los preparados por medio de sonda.

Los motivos del hospital los conocíamos por algunos de los escritos trasladados a los reclamantes desde el Servicio de Endocrinología y Nutrición, en los que textualmente se indicaba que *“según la normativa vigente desde Septiembre de 2006, no se financiarán los preparados de alimentación enteral por vía oral en patologías como las que padecen estos pacientes”*, o directamente desde la misma Dirección Gerencia del centro: *“la legislación actual en esta materia no contempla nutrición artificial por boca si no se trata de pacientes alimentados por sonda nasogástrica”*.

Ahora bien, en la medida que la normativa reguladora de esta materia no había experimentado cambios sustanciales con la entrada en vigor del R.D. 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, pues esta última incorpora casi exactamente la Orden de 2 de Junio de 1998 sobre nutrición enteral domiciliaria, indagamos sobre los motivos que habían inspirado este cambio de criterio en la dispensación por parte de la Administración Sanitaria.

El informe recibido aludía al incremento llamativo de prescripciones de nutrición enteral detectado durante los años 2005 y 2006, con una tasa de indicación por encima de lo habitual, lo que llevó a ordenar una inspección de los Servicios Sanitarios, tras la cual se puso de manifiesto el incumplimiento de la normativa vigente en cuanto a los requisitos exigidos para el acceso a la prestación, instando a que se tomaran las medidas oportunas para evitar estas situaciones.

Como consecuencia de lo anterior el Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital revisó las situaciones clínicas de los pacientes y suspendió la prescripción en los casos en los que el mencionado incumplimiento se puso de manifiesto, suprimiéndose para los mismos esta modalidad de prestación.

Pues bien, la existencia de una modificación normativa no podía alegarse para justificar el cambio, pues realmente dicha reforma no existía. Como ya hemos señalado la referida Orden por la que se regulaba la nutrición enteral domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud, se incorpora casi con idéntica redacción al R.D. 1030/06, de 15 de Septiembre, en lo que a las situaciones clínicas que pueden justificar la indicación de nutrición enteral domiciliaria se refiere, de manera que sólo existen leves modificaciones en cuanto a las enfermedades susceptibles de quedar incluidas en la tercera de ellas (“pacientes con requerimientos especiales de energía o nutrientes”).

Ciertamente en el apartado 8 del Anexo VII del mencionado R.D. 1030/2006, de 15 de Septiembre, se clasifican las patologías referidas en cuatro grupos, resultando incardinados los padecimientos de los reclamantes en el apartado B de “Trastornos neuromotores que impiden la deglución o el tránsito y que precisen sonda”.

Casi todos los afectados que acudieron a esta Institución padecían “procesos degenerativos severos del sistema nervioso central” (alzheimer, demencia senil, parkinson...) y una de ellas estaba afectada de “retraso mental severo” por una encefalitis.

Tan sólo se contempla una excepción al uso de la sonda cuando esta resulta contraindicada en caso de disfagia severa, pero solamente se refiere a las patologías encuadradas en el apartado A, las “alteraciones mecánicas de la deglución o del tránsito que cursan con afagia o disfagia severa” y para las que en principio también se exige que precisen sonda.

De acuerdo a lo anterior parecía claro que las patologías de base de los reclamantes en esta queja no generaban el derecho a la prestación de nutrición enteral domiciliaria, más que en la medida en que el agravamiento de los problemas de deglución o tránsito que las mismas provocaran, les llevara a una situación de malnutrición que hiciera necesario el uso de la sonda.

Ahora bien con esta situación de partida realizamos las siguientes consideraciones.

Así por un lado el informe del hospital aludía a la detección de niveles anormales de prescripción de nutrición enteral en el mismo durante los años 2005 y 2006. Sin embargo los pacientes afectados han venido percibiendo esta prestación una media de cuatro o cinco años, y en un caso incluso llega a proporcionarse durante un período de diez años.

Resultaba evidente que aunque no se adaptara a los perfiles normativos establecidos para estos casos, la actuación administrativa había generado un espacio de confianza para los afectados que de pronto se interrumpió. Esta situación les determinó perjuicios singulares, viéndose en la necesidad de introducir cambios radicales en las pautas de alimentación de estas personas, que después del tiempo transcurrido difícilmente asumían.

Y es que con carácter general los afectados conservan al menos parcialmente la capacidad de deglución, lo que no impide que el especialista endocrino les prescriba la toma de suplementos enterales para garantizar su estado de salud.

Como señalaba el Director Gerente del hospital en uno de los escritos enviados a un interesado, en tanto que el paciente pueda deglutir, resultaba aconsejable la alimentación natural.

Pero no carecía de lógica la alegación de los familiares, que afirmaban la necesidad de estos suplementos, pero defendían su administración en tanto fuera posible por la vía oral, por la problemática que podía originar la implantación de sondas (infecciones).

Entendíamos un contrasentido negar la posibilidad de que estos pacientes mantuvieran su calidad de vida merced a estos productos, y fuera preciso que por su falta se deteriorara gravemente su estado nutricional, para que la necesidad de introducción de la sonda determinara el acceso a los mismos.

Y es que la necesidad de aquéllos subsistía, pues así se ratificaba por parte de los especialistas endocrinos que seguían recomendando la nutrición enteral para los afectados, proponiendo a los familiares alternativas de bajo coste a fin de que tuvieran mayor facilidad para atender a las mismas desde un punto de vista económico.

En definitiva nos encontramos ante una absoluta discordancia entre la recomendación terapéutica de los facultativos y el ámbito de prestaciones que constituye la cartera de servicios comunes, la cual se hace más profunda en la medida en que nos adentramos en algunos documentos significativos en esta materia.

Así en el proceso de soporte denominado “Nutrición Clínica y Dietética”, en el marco de la gestión por procesos asistenciales integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se define la nutrición enteral como una técnica de soporte nutricional por la cual se aportan sustancias nutritivas directamente al aparato digestivo en pacientes cuyos requerimientos de nutrientes no son cubiertos adecuadamente, actuando sobre la prevención de la malnutrición y la corrección de ésta cuando ya existe.

Respecto a la vía de acceso se dictamina que la selección de la misma se hará en función de la duración estimada del soporte nutricional y del funcionamiento de los distintos tramos del tubo digestivo, reservándose la vía oral para los pacientes con reflejos de deglución conservados.

De esta manera al valorar el estado nutricional de un paciente, si se llega a la conclusión de que el aporte es inadecuado, se contempla la nutrición enteral por vía oral cuando el paciente conserve la capacidad de deglución y el apetito, pudiendo ser aquella completa, o bien limitarse a suplementos, en función de que sea o no capaz de ingerir

los 2/3 de los requerimientos. Por su parte se reserva la nutrición enteral completa por sonda para los casos en los que dicha capacidad de deglución no existe.

Esta recomendación la postulamos de forma genérica y por tanto independientemente de los supuestos en los que el R.D. 1030/2006, de 15 de Septiembre, exige la presencia de sonda, como paso previo para la dispensación de la prestación.

Es decir que las recomendaciones que se contienen en el proceso no tienen en cuenta las patologías sino la capacidad de deglución (entre otros factores), para sugerir la nutrición enteral completa o parcial cuando se acredite malnutrición o riesgo de la misma y el aporte natural no complete determinados requerimientos.

El ajuste de las premisas recogidas en el proceso de soporte mencionado y los supuestos contemplados en la normativa vigente, se presenta ciertamente complicado pues como pudimos apreciar en los casos que considerábamos, era posible que resultara recomendable la nutrición enteral vía oral, pero que no se pudiera dispensar la misma por el sistema sanitario público.

De todos es sabido que las prestaciones que dispensa el sistema sanitario público no son ilimitadas, de ahí que el R.D. 1030/2006, de 15 de Septiembre, venga a reflejar lo que constituye el conjunto de técnicas, tecnologías y procedimientos por los que se hacen efectivas las prestaciones a las que pueden acceder los usuarios en todo el conjunto del Sistema Nacional de Salud, y ello con independencia de la facultad de las Comunidades Autónomas de ampliarlas mediante el establecimiento de su cartera de servicios complementaria.

No estaría de más por tanto, que la Administración valorara los procedimientos de ajuste de las pautas recogidas en el mencionado proceso de soporte de Nutrición clínica y dietética, con los supuestos recogidos normativamente para dar derecho a la prestación; abriendo la posibilidad de proporcionar el tratamiento a quienes se vean favorecidos con el mismo según la opinión técnica del especialista.

En todo caso estimábamos que la situación concreta de los afectados en este expediente, por su escaso número y sus elevadas edades, y la imposibilidad de prescindir de esta fórmula de alimentación después de varios años, el mantenimiento de la prescripción de nutrición enteral por parte de los facultativos, y fundamentalmente el haberse llegado a esta situación por causa de un error administrativo mantenido en el tiempo, los hace merecedores de la dispensa singularizada de los requisitos, y el mantenimiento de la prestación en su caso.

De acuerdo a los razonamientos formulamos a la Delegación Provincial de Salud la siguiente **Sugerencia**:

“Que se valore individualizadamente la situación de los pacientes afectados de trastornos neuromotores con dificultades de deglución, que venían recibiendo nutrición enteral domiciliaria por vía oral por prescripción de especialista endocrino del hospital Reina Sofía, y han visto extinguida la prescripción después de varios años, al objeto de que se reinstaure el tratamiento, procediendo al visado de las recetas, si la recomendación facultativa se mantiene”.

Habiéndose producido una discrepancia técnica entre la anterior Sugerencia y la contestación recibida por parte de la indicada Delegación Provincial.

Prestaciones complementarias.

Aunque el actual Catálogo de prestaciones complementarias (Real Decreto 1030/2006 estatal y Decreto 195/1998 autonómico) regula estas con mayor grado de concreción que la anterior normativa (Real Decreto 63/1995), lo cierto es que la realidad social se nos muestra mas diversa, demostrándonos, en ocasiones, la falta de adecuación entre uno y otra cuando inciden circunstancias personales no previstas en dicho catálogo.

Así en la **queja 07/1274** nos exponía el interesado que su mujer, de 30 años de edad, sufrió la amputación de la mano y antebrazo derecho a causa de un sarcoma, informándosele por la unidad de amputados del hospital, las modalidades de prótesis existentes en el mercado, recomendándole la implantación de una de tipo mioeléctrico. Para ello tuvieron en cuenta su edad y actividad socio-laboral y familiar.

Concretamente el informe facultativo del servicio de rehabilitación señalaba lo siguiente: “es cierto que en algunos casos de amputación unilateral y ciertas características sociolaborales y edad del paciente, la diferencia de rendimiento entre una prótesis mioeléctrica y una prótesis estética es escasa. Pero en el caso que nos ocupa considero que la prótesis mioeléctrica aportaría una gran ayuda”.

El interesado corroboraba que la intención de su esposa era hacer una vida lo más normal posible, reincorporándose a su trabajo y al cuidado de sus hijos de corta edad.

El problema surge a la hora de la prescripción de dicha prótesis porque el sistema sanitario público solamente cubre para el caso de amputación de una mano y antebrazo, una prótesis de carácter estético, sin ningún tipo de funcionalidad. Por lo visto, sigue indicándonos el reclamante, las prótesis mioeléctricas solo pueden ser recetadas en caso de amputación de ambas manos, y aún así no se cubre el valor real de las mismas.

Por su parte el informe administrativo señalaba que el actual catálogo general ortoprotésico incluyen las prótesis externas, ortesis, vehículos para inválidos y prótesis especiales que pueden ser prescritas, dispensadas y financiadas por la Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía, en las condiciones y cuantías que en su caso se determinan.

Asimismo se establece en el punto 1.1 de la Resolución de 9 de Noviembre de 1998 por la que se regula la organización de dicha prestación y el procedimiento para acceder a los productos de dicho catálogo, que sólo podrán prescribirse con cargo al SAS los productos incluidos en el catálogo general de ortoprotésica vigente, en las condiciones allí establecidas, y como en aquél se recoge que las prótesis mioeléctricas serán prescritas exclusivamente para doble amputación de miembros superiores, que al no reunir dicho requisito la paciente no puede beneficiarse de la misma.

En este sentido se determina igualmente que la competencia del Servicio Andaluz de Salud en materia de prestación ortoprotésica se restringe a la gestión de

dicha prestación, sin poder decidir sobre la inclusión de nuevos productos en el catálogo o la modificación de las condiciones de financiación de los mismos.

Llegados a este punto nos interesa resaltar que la definición de las prestaciones que configuran la asistencia sanitaria del sistema público se ha llevado a cabo tradicionalmente de una manera genérica, quizás porque resulta absolutamente imposible detallar exhaustivamente los procedimientos y las técnicas que integran las mismas. El ya derogado Real Decreto 63/95 de 20 de Enero, sobre Ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema nacional de Salud, recogía modelos de prestaciones que después alcanzaban su concreción en la aplicación realizada por los distintos sistemas de salud autonómicos. Este carácter de generalidad, a pesar de la garantía de igualdad en el acceso a las prestaciones que se predicaba en dicha norma, conllevaba la posibilidad de detectar diferencias en el contenido de las que dispensaban los Sistemas de Salud e incluso dentro de un mismo servicio sanitario autonómico.

Por otro lado dichas diferencias también podían introducirse por mor del dictado de la Disposición Adicional 5ª del mencionado Real Decreto, según la cual, al margen de las prestaciones facilitadas directamente por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad, las Comunidades Autónomas podían realizar actividades y prestaciones sanitarias con cargo a sus propios recursos.

El establecimiento de la cartera de servicios correspondiente a las distintas modalidades de prestaciones se ha llevado a cabo a través del R.D. 1030/2006 de 15 de Septiembre, el cual aun dentro de la generalidad, introduce un mayor nivel de concreción en relación con su antecedente normativo. Como novedad incorpora a su texto la regulación (que antes se hacía de manera independiente) del catálogo de ortoprotésica.

Ciertamente el mismo, en el apartado de prótesis externas, vuelve a excluir las prótesis de miembro superior mioeléctricas, salvo en el caso de amputación bilateral.

En este estado de situación parece claro que la no prescripción de dicha prótesis en los supuestos de amputación de un solo miembro superior se regula de forma bastante clara, tanto en la normativa estatal que establece el contenido común de la prestación, como en la de carácter autonómico.

No podíamos coincidir sin embargo en la aseveración que realizaba la Dirección General en cuanto a la exclusiva capacidad de gestión de la Administración Sanitaria Andaluza respecto de la prestación ortoprotésica, de manera que no pudiera incidir en la inclusión de nuevos productos en el catálogo o la modificación de sus condiciones de financiación.

Así por un lado tanto la Ley como el Real Decreto citados aluden a la denominada cartera de servicios complementaria de las Comunidades Autónomas, que éstas pueden aprobar para sus ámbitos respectivos incluyendo cuando menos la cartera de servicios comunes, pero pudiendo incorporar técnicas, tecnologías o procedimientos adicionales estableciendo los recursos necesarios para ello.

A mayor abundamiento el art. 17 de la Ley señala que esta prestación se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas, en los casos y de

acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por parte de las administraciones sanitarias competentes, al tiempo que el apartado 1.3 del anexo VI del Real Decreto alude a que «en el ámbito de cada Administración Sanitaria competente en la gestión de la prestación ortoprotésica, el contenido de la misma estará determinado por aquellos artículos que expresamente se recojan en los catálogos que elaboren en desarrollo de los establecido en los apartados 6.7.8.9.y 10 de este anexo».

Es decir que con carácter general las Comunidades Autónomas pueden establecer prestaciones añadidas a las de la cartera de servicios comunes en su propia cartera de servicios, siempre que aporten los medios necesarios para ello. Pero es que además en lo que específicamente se refiere a la prestación ortoprotésica se determina la posibilidad de que aquéllas elaboren sus propios catálogos desarrollando el general.

Así por ejemplo el Decreto 195/98 de 13 de Octubre que regula la prestación ortoprotésica en Andalucía incorpora una mejora respecto de la orden estatal de 18.1.96 y el propio R.D. 1030/06, en el sentido de eliminar la aportación económica del usuario que para determinadas prótesis especiales se prevé en estos últimos.

Dicha medida la entendíamos subsistente después de la entrada en vigor del Real Decreto mencionado, y supone evidentemente una modificación de las condiciones de financiación previstas en este último.

De ahí que, si bien pudiera afirmarse que la incorporación de nuevos productos o la fijación de las condiciones de financiación de los mismos no puede llevarse a cabo por el SAS, no puede predicarse lo mismo de la Administración Autonómica en su conjunto, si bien pueden ser otros organismos (Consejería de Salud), los que pudieran tener atribuidas dichas competencias.

Cabe por tanto la posibilidad de introducir modificaciones de la normativa actual favorables a la prescripción de prótesis mioeléctricas para amputados unilaterales, y por el conocimiento que nos aporta el supuesto que se ventila en este expediente, junto a otros que se nos han presentado con características similares, desde la Institución abogamos porque se contemple la posibilidad de dispensarlas en las referidas condiciones, en los supuestos en los que exista una recomendación singularizada del facultativo prescriptor, por las particulares características del paciente.

Por otro lado si bien en la actualidad no se producen prescripciones de prótesis mioeléctricas para amputados unilaterales con carácter “ex novo”, nos consta que se están dispensando las mismas a quienes las recibieron antes de la entrada en vigor del Decreto 195/98 de 13 de Octubre y precisan su renovación, pues la regulación autonómica que se contenía en la Orden de 17 de Marzo de 1992, al no introducir diferenciaciones respecto de la posibilidad de prescripción de las prótesis mioeléctricas, permitía que se proporcionaran a los amputados de un solo miembro, circunstancia que se modificó cuando el mencionado Decreto 195/98 realizó la adaptación de la Orden estatal de 18 de Enero de 1996.

En base a las consideraciones expuestas formulamos a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS, la siguiente **Sugerencia**:

“Que se proponga a la Consejería de Salud el desarrollo del catálogo de la prestación ortoprotésica establecido en el R.D. 1030/2006 de 15 de septiembre, mediante la modificación del Decreto 195/98, de 13

de octubre, a fin de incluir la posibilidad de prescribir prótesis mioeléctricas a amputados de un solo miembro cuando exista una recomendación específica del facultativo en este sentido.

Que se autorice la prescripción de una prótesis mioeléctrica para la esposa del interesado”.

Colegios Profesionales.

Como en otras ocasiones, el personal sanitario al Servicio de la Administración Sanitaria andaluza vuelve a recabar la tutela de esta Institución con ocasión de la denegación o baja colegial en el Colegio Profesional correspondiente. En esta ocasión tuvimos ocasión de reiterarnos en el caso de una enfermera (**queja 07/3754**), tal y como ya llevamos ante los Colegios de Médicos en la **queja 03/3765**, formulando en este caso al Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Enfermería las siguientes Recomendaciones:

“1.- Que en ejercicio de las funciones de coordinación de la actuación de los Colegios de Enfermería de Andalucía, previstas en el art. 6 a) de la Ley 6/95, de 29 de diciembre, sobre Consejos Andaluces de Colegios Profesionales, impartan las instrucciones oportunas a los Colegios de Enfermería de Andalucía para que se acceda a las solicitudes de baja en los referidos colegios de quienes reúnan los requisitos establecidos en el art. 4 de la Ley 10/2003, de 6 de noviembre, de Colegios Profesionales de Andalucía, en tanto se dicta sentencia sobre los recursos de inconstitucionalidad planteados frente al mismo, así como contra el homólogo precepto de la Ley 15/2001 de 26 de diciembre.

2.- Que se de traslado de esta resolución al Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba a fin de que revoque el acuerdo de la Junta de Gobierno de fecha 20.6.07, de manera que se acceda a la solicitud de baja formulada por la interesada, así como se nos de información del resultado de este trámite”.

Por otro lado en el expediente de **queja 07/5086** acudieron a esta Institución el Colegio de Podólogos de Andalucía, la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud y el Departamento de Podología y Área Clínica de Podología de la Universidad de Sevilla, la Sociedad Española de Podología y Pediatría y la Sociedad Andaluza para la investigación y el Desarrollo de la Podología alegando una “manifiesta indefensión y un grave menoscabo de las competencias profesionales de la Podología” como consecuencia de la entrada en vigor de la Ley 29/2006, de 26 de Julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (LM).

El planteamiento central del alegato de las entidades citadas se lleva a cabo en los siguientes términos:

El artículo 7.2.d) de la Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, reconoce explícitamente como funciones del podólogo «las actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, mediante las técnicas terapéuticas propias de su disciplina».

Estas atribuciones ya eran reconocidas desde el inicio de la podología como especialidad de los Ayudantes Técnicos Sanitarios. Así, en el Decreto 727/62 de 29 de

Marzo (declarado vigente por la Disposición derogatoria del Real Decreto 649/1988, de 24 de Junio), se puede leer en el párrafo 2º del artículo 1º que «el campo profesional del podólogo abarca el tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies», y en el párrafo 2º del artículo 5º que «superadas favorablemente las pruebas finales, el Ministerio de Educación Nacional expedirá el diploma al “Podólogo”, cuya posesión habilitará al que lo obtenga para el ejercicio de la profesión relativa al tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies. Teniendo en cuenta las singulares características de la especialidad que se regula en el presente Decreto, la posesión del diploma facultará a sus titulares para, con plena autonomía, recibir directamente a los pacientes».

Estas competencias incluso han sido desarrolladas, tanto en sus aspectos diagnósticos como en los terapéuticos, por legislación posterior. Así, el Real Decreto 1132/1990, de 14 de Septiembre, por el que se establecen medidas fundamentales de protección radiológica de las personas sometidas a exámenes y tratamientos médicos, en su Disposición Adicional Segunda «autoriza a los podólogos para hacer uso con carácter autónomo de las instalaciones o equipos de radiodiagnóstico propios de su actividad en los límites del ejercicio profesional correspondiente a su título académico», confirmándose esta competencia específica en el Real Decreto 1891/1991, de 30 de Diciembre, sobre instalación y autorización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico, en su artículo 13.1. De igual modo, y en relación con sus competencias terapéuticas, el Real Decreto 542/1995, de 7 de Abril, por el que se establece el título de Técnico Superior en Ortoprotésica y las correspondientes enseñanzas mínimas, reconoce de forma explícita como información a conservar en los establecimientos de Ortopedia «la receta oficial de la prescripción médica y prescripción podológica».

Este desarrollo se ve bruscamente frenado con la entrada en vigor de la Ley 29/2006, de 26 de Julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que en su artículo 77.1 dice que «la receta médica, pública o privada, y la orden hospitalaria de dispensación, son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico o un odontólogo, únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos».

La citada Ley 29/2006, en su Disposición adicional duodécima, prevé que «para facilitar la labor de los profesionales sanitarios que, de acuerdo con esta Ley, no pueden prescribir medicamentos, en el plazo de un año el Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá la relación de medicamentos que pueden ser usados o, en su caso, autorizados para estos profesionales, así como las condiciones específicas en las que los pueden utilizar y los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinadas tratamientos».

Pues bien, transcurrido el año a que se refiere esta Disposición adicional, la labor de estos profesionales se encontraba en una situación de absoluta incertidumbre que podríamos calificar de “alegalidad”, con la consiguiente inseguridad jurídica a la que se ha visto sometida esta profesión en el ejercicio de sus funciones desde la entrada en vigor de la citada Ley, cuestión sobre la que realizamos las siguientes consideraciones.

Antecedentes: La Ley del Medicamento de 1990 (LM de 1990)

La Ley 25/1990, de 20 de Diciembre del Medicamento (derogada expresamente por la LM de 2006) no realiza ninguna referencia concreta a profesional alguno, sino

que alude de forma genérica a “los profesionales sanitarios” que por su titulación profesional pueden recetar medicamentos, y ello a pesar de que en algunos artículos del texto legal se hiciera mención expresa a las profesiones de Médico, Odontólogo y Veterinario, si bien ello se abordaba desde una perspectiva distinta de la prescripción, como es la que se recoge en el art. 4 sobre la incompatibilidad de estos profesionales, en el ejercicio clínico de su profesión, con cualquier clase de interés económico relacionado con la fabricación, elaboración y comercialización de los medicamentos y productos sanitarios.

En este sentido el art. 1.2 al regular la actuación de las personas físicas que por su titulación profesional pueden recetar medicamentos no distingue qué profesionales están autorizados para la prescripción de medicamentos y expedición de la correspondiente receta, no limitando en modo alguno la prescripción y expedición a ningún profesional sanitario ni a ninguna titulación académica o profesional en concreto.

El concepto de profesional sanitario que esta Ley llevaba a cabo lo era con un carácter en absoluto restrictivo, tal y como lo demuestra su art. 58.3 al enumerar los profesionales obligados a colaborar con el Sistema Español de Fármaco-vigilancia, al incluir junto a los médicos, veterinarios y farmacéuticos a los enfermeros y “demás profesionales sanitarios”, aspecto que inclusive se mantiene con posterioridad a la LM de 2006, toda vez que el Real Decreto 1344/2007, de 11 de Octubre, por el que se regula la farmacovigilancia de los medicamentos de uso humano, establece como agentes del Sistema Español de Farmacovigilancia a los médicos, farmacéuticos, dentistas, enfermeros «y demás profesionales sanitarios» (art. 7).

En este marco legal se ha venido desarrollando pacíficamente la actuación de los profesionales podólogos, que como profesional sanitario diagnostica y aplica tratamientos en las afecciones y deformidades del pie que necesitan de la aplicación de medicamentos o productos sanitarios a través de la prescripción y obligada expedición de recetas en el ámbito competencial que le atribuye su titulación académica.

Situación actual: La Ley del Medicamento de 2006 (LM de 2006)

La Ley 29/2006, de 26 de Julio, de garantía y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios viene a suponer una quiebra, en lo que a los podólogos se refiere, del marco legal anterior, pues al derogar la LM de 1990 dispone en su art. 77.1 «La receta médica, pública o privada, y la orden hospitalaria de dispensación, son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico o un odontólogo, únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos».

Añade esta LM de 2006, en su Disposición adicional 12ª, que «para facilitar la labor de los profesionales sanitarios que, de acuerdo con esta Ley, no puedan prescribir medicamentos, en el plazo de un año el Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá la relación de medicamentos que pueden ser usados o, en su caso, autorizados por estos profesionales, así como las condiciones específicas en las que los pueden utilizar y los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos».

Esta regulación, que se superpone a la regulación que el art. 7.2.d) de la Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, hace respecto al podólogo al reconocerle explícitamente como funciones «las actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, mediante las técnicas terapéuticas propias de su disciplina», viene a introducir un elevado grado de confusión, cuando no de contradicción, contrario al más elemental principio de seguridad jurídica.

El ejercicio profesional (autónomo) de la Podología

El ámbito competencial de los Podólogos viene establecido fundamentalmente en el Decreto 727/1962, de 29 de Marzo, (vigente en sus art. 1, párrafo segundo y art. 5, párrafo segundo, tras su derogación por Real Decreto 649/1988, de 24 de Junio) que en su art. 1 delimita el marco profesional al disponer que este «abarca el tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies», actuación que el art. 7.2. d) de la citada Ley 44/2003 matiza al disponer que esta se lleva a cabo para *el* «diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, mediante las técnicas terapéuticas propias de su disciplina», y que el propio Decreto acota aún más al ceñir la actuación terapéutica a las manipulaciones pertenecientes a la cirugía menor.

Aunque el art. 19 de la LM de 2006 y el art. 24.6 del Real Decreto 1345/2007, de 11 de Octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos, al señalar los medicamentos susceptibles de ser calificados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios como «medicamentos no sujetos a prescripción médica» a aquellos que vayan destinados a proceso o condiciones que «no necesitan un diagnóstico preciso» y cuyos datos de evaluación toxicológica, clínica o de su utilización y vía de administración no exijan prescripción médica, lo cierto es que la mayoría de las patologías del pie necesitan de un diagnóstico preciso, que requieren fundamentalmente un diagnóstico radiológico, modalidad diagnóstica para la que están expresamente habilitados los Podólogos por el Real Decreto 1132/1990, de 14 de Septiembre (Disposición adicional 2ª), disposición que se ratifica por el art. 13.1 del Real Decreto 1891/1991, de 30 de Diciembre, sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico.

Por otro lado el Real Decreto 815/2001, de 13 de Julio, sobre justificación del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas, en su art. 6 establece las responsabilidades del médico, odontólogo y podólogo, en sus respectivos ámbitos competenciales, en orden a valorar la correcta indicación del procedimiento radiológico y posibles alternativas de menor riesgo.

De lo anterior cabe deducir que la actuación podológica que requiera un diagnóstico preciso, con o sin complemento de otras pruebas diagnósticas, conlleva un tratamiento de la misma naturaleza, cuya concreción puede llevar o no aparejada la aplicación de medicamentos que deban dispensarse con la preceptiva receta.

Por otro lado el art. 5.2 del Decreto 727/1962 añade que la posesión del Diploma (Podología) «facultará a sus titulares para, con plena autonomía, recibir a sus pacientes», circunstancia que le habilita para actuar, en su ámbito competencial sin necesidad de la colaboración o actuación bajo supervisión de ningún otro profesional, y

que en esta materia dicha función es general, comprensiva tanto del diagnóstico como del tratamiento, que son la esencia de toda intervención sanitaria, tal y como se define en el art. 3 de la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de la información y documentación clínica.

Esta autonomía profesional queda cercenada, en principio, con respecto al uso o autorización de determinados medicamentos, que la Disposición adicional 12ª de la LM de 2006, al disponer que reglamentariamente se establecerán «los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos».

Este carácter autónomo se reitera en el Real Decreto 1132/1990, de 14 de Septiembre, sobre protección radiológica de las personas sometidas a estas pruebas diagnósticas, que en su Disposición adicional 2ª, autoriza a los podólogos para hacer uso “con carácter autónomo” de las instalaciones y equipos de radiodiagnóstico.

Abundando en esta competencia prescriptiva, aparte de la farmacológica descrita, esta es respecto a los Podólogos extensible a los productos sanitarios, toda vez que el Real Decreto 542/1995, de 7 de Abril, por el que se regula la titulación de Técnico Superior Ortoprotésico (correspondiente a los estudios de Formación Profesional), atribuye a esta profesión la de «diseñar ortesis, prótesis y ortoprótesis adaptadas a las características de los clientes y a la prescripción médica y podológica de la ortoprótesis que, como producto sanitario también queda sometida a su dispensación por profesional titulado en las Oficinas de formación u ortopedias mediante la expedición de la correspondiente receta, conforme a lo establecido en la legislación vigente».

La receta podológica

El art. 85 de la LM de 2006 define la receta como aquel documento en el que se avala la dispensación bajo prescripción facultativa del medicamento o productos sanitarios y ello con validez para todo el territorio nacional.

De nuevo nos encontramos aquí la definición de una faceta profesional sanitaria que se lleva a cabo sin distinción ni especificación de profesional sanitario alguno, para la que el Podólogo se encuentra habilitado, si bien sin una regulación expresa de la receta podológica, más si con la cobertura legal de la Ley 2/1974, de 13 de Febrero de Colegios Profesionales, a los que se les atribuye las funciones y responsabilidades de conservación, custodia y distribución a los colegiados de los impresos y talonarios de recetas podológicas.

Ello es así, por cuanto la actual normación del Real Decreto 1910/1984, de 26 de Septiembre, ciñe su regulación a la receta médica, desarrollado a su vez por la Orden de 7 de Noviembre de 1985 respecto a los medicamentos dispensables con receta médica, o sin ella dentro del ámbito de la asistencia extrahospitalaria, y la Orden de 23 de Mayo de 1994 en relación a las características que deben regir las recetas médicas utilizadas en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

Las enseñanzas de la Podología

La nueva regulación de la LM de 2006 respecto a la Podología, también alcanza a las enseñanzas de esta diplomatura, toda vez que al restringirse en la misma las facultades de estos profesionales se cuestiona la congruencia de estas con los contenidos curriculares que integran actualmente su enseñanza.

Como se expone por las distintas instancias corporativas y educativas en su planteamiento “toda esta situación afecta de un modo, a nuestro juicio grave, a las enseñanzas de la Podología, en cuanto genera una manifiesta inseguridad competencial para los alumnos que vienen cursando estas enseñanzas ... al tener que superar contenidos curriculares en Farmacología, desarrollar unas prácticas clínicas que contemplan en aquellas situaciones que requieren la prescripción farmacológica como elemento esencial para la resolución del proceso patológico del pie...”.

En efecto, el Real Decreto 649/1988, de 24 de Junio, por el que se transforman los estudios de podología en primer ciclo universitario conducente al título de Diplomado Universitario en Podología y se establece las directrices generales propias de los correspondientes planes de estudios, establece las materias troncales destinadas a proporcionar una formación suficiente y adecuada en el área de conocimientos de la podología, y entre ellas se recoge las disciplinas de la Farmacología, Quiropodología y la Ortopodología como asignaturas troncales y, por tanto, de obligada impartición por las Universidades que expiden esta diplomatura.

En cuanto a la primera de estas disciplinas, la Farmacología, el referido Real Decreto 649/1988 divide esta asignatura en créditos teóricos y prácticos, configurando con otras materias el “perfil profesional del titulado” que se pretende como objetivo formativo conforme a las directrices generales de los planes de estudio.

En lo que se refiere a la Quiropodología, esta misma norma, introduce dentro de los contenidos teóricos y prácticos de esta asignatura troncal conocimiento sobre los “Tipos de anestesia en podología y técnicas de aplicación, Técnicas de cirugía menor y sus aplicaciones, Cirugía de partes blandas”.

Por último, en lo que se refiere a la Ortopodología, esta Real Decreto contempla esta materia troncal con una carga lectiva de 270 horas y con el contenido siguiente: “Tecnología de los materiales. Moldes. Prótesis. Férulas. Ortesiología. Tratamientos ortopodológicos en las diferentes patologías de la extremidad inferior”, disciplina que habilita al podólogo a prescribir la ortoprótesis como producto sanitario que debe ser dispensado en las correspondientes oficinas de ortopedias mediante la correspondiente extensión de la receta médica o podológica.

Por otro lado, los gabinetes podológicos en los que se llevan a cabo estas actuaciones, como centros sanitarios que son , requieren para proveerse de la preceptiva autorización administrativa de apertura, contar con las existencias reglamentarias de medicación de urgencia para aplicar dichos medicamentos a los pacientes que lo requieran, tal y como dispone el Real Decreto 1277/2003, de 10 de Octubre, sobre bases generales de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Desde nuestra perspectiva la sucesión de la LM de 1990 por la LM de 2006, superponiéndose a la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias y a un complejo entramado de normas reglamentarias de distinta naturaleza (profesionales, docentes, de intervención administrativa, de ordenación de la gestión clínica, etc.)

introduce, sin justificación suficiente y aparente, un elevado grado de incertidumbre en todo lo relativo al status de la Podología, todo lo cual supone una grave quiebra del principio de seguridad jurídica en el ordenamiento regulador de esta profesión.

Por todo ello, teniendo en cuenta los hechos expuestos, y las consideraciones realizadas, esta Institución formuló a la Consejería de Salud la siguiente **Sugerencia**:

“Que se inste en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el desarrollo reglamentario de la previsión establecida en la Disposición adicional duodécima de la Ley 29/2006, de 26 de Julio, respecto de los Podólogos, conjunta o separadamente del resto de los otros profesionales sanitarios”.

2.2.10. Derechos de los Usuarios.

A pesar de que la casuística es muy diversa en este apartado, pues muchas son las facetas que nos ofrecen los derechos que inciden en el ámbito de la salud, destacaremos algunos relacionados con el acceso y contenido de la historia clínica así como el derecho a un trato humanizado con ocasión de duelo en un centro hospitalario.

Así, en la **queja 06/3606** el interesado nos exponía la lesión a su dignidad e intimidad en relación a un determinado dato obrante en su historia clínica.

En este sentido aducía que habiendo acudido a su actual Centro de Salud por primera vez, tras un cambio desde otro Centro, al procederse por su médico de cabecera a visualizar su historial clínico en el ordenador, observó que aparecía en su historial la palabra “*homosexual*”.

Admitida a trámite la queja y recabado el correspondiente informe, la Administración sanitaria refería que ambos Centros de Salud tienen implantada la aplicación informática DIRAYA, y que al consultar la historia de salud digital del afectado se expresa:

“no aparece a primera vista la anotación homosexual al entrar en su historia, sino que es a través del visor TASS, donde consta dicha palabra, en el apartado que se suele utilizar para anotar datos que puedan resultar de interés clínico para el profesional y pueden tener relación con la naturaleza clínica del resto de la historia del paciente. [...] en el referido apartado de datos clínicos ... se realizan anotaciones exclusivamente de interés clínico, si el profesional sanitario considera que están ligadas a la naturaleza clínica que presente dicho paciente. Además, el acceso a estos datos clínicos de la historia de salud de un ciudadano, se realiza a través del visor TASS. Es decir, no se accede directamente a esta información.

No obstante, y al objeto de evitar que estos hechos aislados vuelvan a producirse, ..., se reiterará a los Centros Sanitarios del SAS, a modo de instrucciones, la siguiente consideración: “en los casos que sea necesario realizar anotaciones en la historia de salud de un paciente, relacionadas con factores de riesgo (orientación sexual, prácticas de riesgo, etc.), y de interés para el adecuado seguimiento de su proceso de salud, se realizarán, en todo momento, garantizando al individuo el ámbito reservado de su vida, vinculado con el respeto a su dignidad como persona, frente a la acción y el conocimiento de los demás; sin vulnerar los

derechos reconocidos en la legislación vigente, y con términos que promuevan la utilización de un lenguaje igualitario entre ambos sexos”.

Trasladado el informe al interesado, este matizaba que cuando acudió al Centro de Salud fue por motivo ajenos a la sexualidad u orientación sexual, añadiendo que en ninguna de las ocasiones que ha acudido a un Centro de Salud se le había preguntado sobre este extremo, estimando que el juicio sobre el mismo carecía de interés clínico, entendiendo por todo lo cual que se había producido, aparte de una discriminación, una intromisión en su honor, intimidad y la propia imagen, así como a la confidencialidad de sus datos clínicos, por entender que el acceso al programa DIRAYA pueden realizarlo bastantes personas que trabajan en el Sistema de Salud.

De la información recabada se deducía que en la historia clínica informatizada del paciente constaba un inciso final con la anotación del término “*Homosexual*”, con un signo de interrogación de cierre, extremo que en modo alguno podía considerarse como información clínica susceptible de incorporarse a alguno de los módulos que conforman la historia de Salud digital, es decir, los datos básicos de salud y los relativos a las medidas diagnósticos-terapéuticos, así como las hojas de asistencia, como tampoco guardaba relación alguna con los otros antecedentes clínicos que se relacionaban.

Es por ello que esta circunstancia en modo alguno podíamos calificarla como una patología ni un “*dato de interés clínico*” como se denominaba el apartado o ventana del programa TASS en el que aparecía la referida expresión, ni una “*anotación ligada a la naturaleza clínica del paciente*” como se especificaba en el informe administrativo.

Por otro lado, un dato de la naturaleza como el planteado hubiese requerido informar al interesado en el momento de recabarlo así como requerir en el mismo acto su consentimiento para el tratamiento del mismo, si se considerara como relevante en orden a la protección de la salud de éste.

En este sentido, la Ley 41/2002, de autonomía e información al paciente (LAP) requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios, consentimiento que debe de obtenerse después de recibir una información adecuada, y que en lo que se refiere a la incorporación como dato sanitario a la historia clínica, lo debe ser bajo criterio médico, con la finalidad de permitir el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud de estos (art. 15.2 en relación al art. 2.2).

A la historia clínica informatizada le son de aplicación todas las medidas técnicas de seguridad establecidas en la legislación reguladora de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre-LOPD-), de la que merece destacarse, a estos efectos, su art. 7.3 cuando determina que “*los datos de carácter personal que hagan referencia a la salud y a la vida sexual solo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consiente expresamente*”.

Por otro lado, la propia Ley autoriza los tratamientos de datos sanitarios, junto a otros datos especialmente protegidos (como el relativo a la vida sexual), “*cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médico*” (art. 7), datos que en la medida que se incorporen a los ficheros o tratamientos, vienen

sometidos a niveles de seguridad calificados como “altos” por el art. 81 del Reglamento aprobado por Real Decreto 1720/2007, de 21 de Diciembre.

Aunque de la información aportada al caso nada permitía deducir que se hubiera vulnerado aspectos relacionados con la confidencialidad de los datos obrantes en la historia clínica, no cabía decir lo mismo respecto a la consideración de la persona del interesado, a su dignidad, a la que se refiere el art. 10.1 del texto constitucional y, también como primer principio básico la LAP (“*La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica*” -art. 2.1-).

Por otro lado nuestra Constitución garantiza en el art. 18 el derecho a la intimidad personal, aspecto que en el ámbito de la Salud se concreta en el art. 61 y 10 de la Ley General de Sanidad de 1986 (este último derogado en parte por la LAP).

La importancia de este aspecto de la personalidad ha motivado que las leyes que inciden en estas parcelas de la personalidad, como es la LOPD, califiquen los datos relativos a la orientación sexual como “*datos especialmente protegidos*”, sólo susceptible de ser recabado, tratado y cedido cuando, por razones de interés general, así lo disponga la ley o el afectado consienta expresamente. En este mismo sentido la LAP establece como principio básico la dignidad de la persona humana (art. 2.1), y la Ley de Salud de Andalucía de 15 de Junio de 1998 al disponer como uno de los derechos de los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios públicos a ser respetados en lo que atañe a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que puedan ser discriminados por razón alguna (art. 6.1b).

Igualmente la recientemente proclamada Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea en Diciembre de 2007, con el mismo valor jurídico que los Tratados, dispone en su art. 1 que “*la dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida*”, añadiendo en su art. 7 que estos datos (de carácter personal) “*se tratarán de modo leal, para fines concretos y sobre la base del consentimiento de la persona afectada o en virtud de otro fundamento legítimo previsto por la ley*”.

Desde esta perspectiva no podíamos considerar suficiente las “Instrucciones” que se decía reiterar a los Centros del SAS, toda vez que en la misma, aparte de que se considera la orientación sexual como factor de riesgo, omitía toda referencia a la prestación del consentimiento por parte del interesado, requisito expresamente establecido en el ordenamiento jurídico español y europeo referenciado.

En todo caso, las instrucciones que a este respecto se dictaran debían incorporarse por vía de adición a las Resoluciones que sobre la historia clínica se han dictado por el Servicio Andaluz de Salud (Resoluciones 23/2001, de 24 de Junio, modificada parcialmente por Resolución 111/2003, de 17 de febrero y Resolución 223/2002, de 17 de Diciembre, modificada parcialmente por Resolución 189/04, de 15 de Marzo, entre otras).

Por último, con independencia de la responsabilidad que en última instancia recaía sobre el Servicio Andaluz de Salud en todo lo relativo a la gestión y custodia de las historias clínicas, y más en concreto en el Centro Sanitario que originó la información que se incorporaba a esta, está la responsabilidad individual de los

profesionales sanitarios generadores de los datos que como consecuencia de su atención asistencial consideren relevantes o relacionados con la salud de sus pacientes o usuarios.

En base a lo expuesto, esta Institución procedió a formular a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud la siguiente **Recomendación**:

“Que en orden a preservar y garantizar el derecho a la intimidad y la dignidad de los pacientes y usuarios se impartan las instrucciones oportunas en orden a que los datos que se incorporan a las historias clínicas en modo alguno contengan valoraciones o apreciaciones que incidan en estos ámbitos, debiéndose, en todo caso, recabar el consentimiento de estos.

Que se valore la necesidad de llevar a cabo una información reservada en orden a depurar las responsabilidades que , en su caso, se deduzcan de la misma”.

Habiéndose producido una discrepancia técnica por parte del Servicio Andaluz de Salud para asumir favorablemente nuestra resolución.

Otro caso referente a la historia clínica, y mas en concreto a la conservación y custodia de ésta, lo tenemos en la **queja 08/2068**, en el que la interesada manifestaba que, tras haber reclamado en reiteradas ocasiones un estudio de analítica de embarazo y de incompatibilidad feto-materno en el Hospital, no se le hizo entrega, argumentándose por el servicio de Atención al Usuario del Centro que dicha documentación, al ser del año 1988, se encontraba en Archivos de Pasivo.

A este respecto, el informe a la Dirección Gerencia del Hospital alegaba que no existía constancia, tras consultar con los servicios de Documentación Clínica y de Ginecología, de haberse realizado el estudio de incompatibilidad feto-materno por la interesada en el año 1988, sin que existiera inconveniente por parte del Centro de remitirle copia de su historia clínica.

Por su parte la interesada añadía que la mencionada prueba de incompatibilidad feto-materno existía, remitiéndonos una copia de la misma que obraba en su poder.

En relación a esta cuestión cabe decir que el derecho del usuario a acceder a su historia clínica, se encuentra claramente reconocido en el artículo 6 k) de la Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía, derecho que aparece regulado con mayor amplitud en el artículo 18 de la Ley 41/2002, de 16 de Noviembre, de Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, al disponer:

«1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.»

Respecto a la obligación de guarda y custodia de las historias clínicas, el artículo 17 del mismo texto legal dispone:

«1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

(...)

4.La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.»

Finalmente, y en relación con la custodia de la historia médica, el artículo 19 dispone:

«El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley.»

Asimismo, hemos de reseñar que la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud dictó la Resolución 23/2001, de 4 de Junio, sobre Procedimiento de acceso de los usuarios a la historia clínica y sobre procedimiento para garantizar la continuidad asistencial, y la Dirección-Gerencia de dicho organismo, la Resolución 184/2003, de 3 de Marzo, en la que se recogen las instrucciones para la ordenación y gestión de la documentación clínica en los centros asistenciales del SAS.

Centrándonos en el asunto objeto de aquella queja, nos encontramos ante una ciudadana que, ya desde finales de 2007, venía reclamando al Centro hospitalario la copia de la analítica de embarazo y del estudio de incompatibilidad feto-materno, ambos del año 1988, referenciando en su petición el número de la historia clínica en cuestión.

Hemos de tener en cuenta que el acceso a la historia clínica, así como a los distintos documentos que se integran en la misma, constituyen un derecho del paciente, dentro de los límites que legalmente se señalan. Paralelo a este derecho del paciente corre el deber del centro sanitario de conservar la historia clínicas de sus enfermos en los términos legal y reglamentariamente previstos.

Ignorabamos si el referido Hospital disponía de un protocolo o normas específicas para el funcionamiento de la Unidad de Documentación Clínica, ya que en el muy escueto informe que se nos remite no se alude a ello. Sin embargo es cierto que en otros centros hospitalarios, se han provisto de esta normativa interna que, entendíamos constituyen una adecuada pauta a la hora de fijar una correcta gestión de los servicios de Documentación Clínica en el ámbito hospitalario.

En dichos protocolos se establece que la custodia y el control de la historia clínica corresponde a la Unidad de Documentación Clínica mientras ésta se encuentre

en el Archivo, siendo ilimitado el tiempo de custodia. Una vez transcurridos diez años sin darse movimiento a una historia clínica, ésta pasará al Archivo Pasivo de Historias Clínicas. Asimismo, se entiende perdida una historia cuando, tras buscarla durante 30 días desde su petición, ésta no se ha podido localizar, añadiendo que en ningún caso se procederá, por falta de espacio u otro motivo, a la destrucción de historias clínicas o documentos esenciales en ellas contenidos; sólo se permite el expurgo de documentos no esenciales cuando así lo disponga una norma legal, determinando los plazos y la tipología.

Igualmente se regula el protocolo de pérdida y recuperación de documentación, siendo destacable que, tras abrir un expediente de búsqueda y transcurrir 30 días sin resultado favorable, se procede al inicio de un expediente de pérdida del documento que implica la recuperación, mediante duplicados, de documentos existentes en las unidades que atendieron al paciente con anterioridad; la comunicación de la pérdida al paciente para que tenga conocimiento del hecho; y la comunicación a las diferentes unidades que trataron al paciente a fin, según su criterio, de citar al paciente para completar su historia en lo posible. Con la recuperación de los escritos posibles se dará lugar al cierre del expediente de pérdida. Asimismo se comunicará el extravío a la dirección Médica, al jefe de servicio responsable y al responsable jerárquico de la persona causante de la pérdida, con el fin de proceda la correspondiente depuración de responsabilidad.

Pues bien, en aquel caso no teníamos mas noticia que se había procedido a buscar los documentos solicitados por la interesada y que los mismos no se habían hallado por razones desconocidas, resultando incontestable la existencia de, al menos, el estudio de incompatibilidad feto-materno, ya que una copia del mismo se nos remitió por la interesada. En este sentido constatamos que los deberes de custodia de documentación clínica por parte del Hospital no habían sido debidamente cumplidos de acuerdo con la legislación vigente y las normas internas del Servicio Andaluz de Salud.

Las consideraciones expuestas nos permitió realizar al Hospital la siguiente **Recomendación:**

“Que se proceda a abrir el correspondiente expediente de pérdida documental, verificando los pasos necesarios para obtener copia de los informes extraviados”.

Con idéntico fundamento legal, formulamos la siguiente **Sugerencia:**

“Proceder a la elaboración del correspondiente Reglamento Interior de Uso de las Historias Clínicas y Normas de funcionamiento de la Unidad de Documentación Clínica, en el supuesto de que se carezca de tal documento”.

Por último, en la **queja 08/1056** la interesada denunciaba que tras el fallecimiento de su esposo en el Hospital no se le prestó atención psicológica ni de otro tipo durante los dos días que permaneció el cadáver de su marido en el recinto hospitalario, así como por la ausencia de información acerca de las causas reales del fallecimiento, y por la carencia de un médico especialista para la realización de las pruebas de necropsia.

Admitida a trámite la queja, la Dirección Gerencia del Hospital nos informaba que tras el fallecimiento del paciente, éste fue objeto de la autopsia a los dos días

siguientes, entendiendo como razonable la demora dentro de la organización del Servicio de Anatomía Patológica. Asimismo remitía copia del informe final de la autopsia.

En relación al caso, destacábamos que si bien resultaría deseable una mayor rapidez en la práctica de tales pruebas, máxime atendiendo a las circunstancias de la familia del difunto, la cual se tiene que desplazar desde una localidad de otra provincia andaluza para ir al Hospital, no es menos cierto que el tiempo transcurrido para la práctica de la autopsia no puede considerarse desproporcionado, teniendo en cuenta el volumen de trabajo a desarrollar en tales centros, la complejidad que en ocasiones reviste la práctica de tales actividades y el alcance de los recursos de los que se dispone al efecto.

Lógicamente esta demora, desde la perspectiva subjetiva y plenamente respetable de los familiares se puede percibir como excesiva, perodesde un prisma objetivo resulta admisible.

El fallecimiento de un ser querido constituyen un acontecimiento doloroso para todos los familiares y allegados del difunto. En este sentido, máxime en instituciones tan implicadas en este tipo de circunstancias, como los centros hospitalarios, resultaba aconsejable articular algún tipo de instrumento o recurso que sirva para prestar una atención, complementaria y adicional, si se demanda, a las personas que pasan por tan amargo trance.

Para ello bastaría la puntual intervención de un equipo de profesionales cualificados tales como psicólogos, trabajadores sociales o, en su caso, capellanes; todo ello con el fin de poder así articular un apoyo a los dolientes.

De esta forma, además de proporcionar la adecuada terapia psicológica, se facilitaría una relación de direcciones a las que se puede acudir para solventar los problemas más urgentes (alojamiento, gestiones funerarias, etc). Con ello se conseguiría proporcionar una asistencia más completa a los familiares o allegados que, desgraciadamente, han de pasar por tan penoso trance.

Así pues, teniendo en cuenta los hechos expuestos, formulamos a la Dirección Gerencia del Hospital la siguiente **Sugerencia**:

“Que se adopten las medidas oportunas para elaborar un protocolo tendente a garantizar la atención de los familiares o allegados de las personas fallecidas en el hospital, cuando éstas así lo soliciten, previendo los medios para informar a los usuarios de la posibilidad de acceder a este servicio”.

2.2.11. Responsabilidad patrimonial

Que las quejas relativas a responsabilidad patrimonial dimanantes de una actuación sanitaria son una constante en nuestra actuación cotidiana, tiene su mejor reflejo en las distintas resoluciones que en este ámbito dictamos al respecto.

Si bien la tónica dominante de los años anteriores ha sido las excesivas demoras a que se ven sometidos estos expedientes en el Servicio Andaluz de Salud, las

correspondientes a 2008 inciden en distintos aspectos administrativos de estos procedimientos, tales como la caducidad, prescripción, etc.

Así en la **queja 07/2570** el interesado denunciaba la falta de resolución del expediente de responsabilidad patrimonial, iniciado a su instancia a raíz de las secuelas generadas a su esposa en una intervención en clínica concertada.

Concretamente el interesado nos decía que la última notificación sobre este asunto databa de principios de 2003, y que desde entonces había mantenido diversos contactos telefónicos con el personal que tramitaba el expediente, el cual siempre le indicaba que el mismo estaba pendiente del informe del Consejo Consultivo.

El informe administrativo señalaba que tras la iniciación del procedimiento el interesado presentó escrito de proposición de pruebas de las que se admitieron algunas documentales y se rechazaron total o parcialmente otras, en cuanto a su práctica por el órgano instructor, notificándole a aquél esta resolución. El informe administrativo pone de relieve que *“el reclamante no llevó a cabo ninguna actividad probatoria en los términos en los que había sido admitida”* ... *“el expediente quedó a la espera de los informes propuestos por el reclamante y cuya práctica le correspondía a él, que no se llegaron a aportar, interrumpiéndose así la tramitación. Desde la fecha de la comunicación de la admisión de pruebas (22.3.03) el reclamante no ha vuelto a comparecer en el expediente”*.

En el ámbito del derecho administrativo la terminación de un procedimiento por causa imputable al interesado, es decir por caducidad, requiere de una advertencia previa sobre las consecuencias de su inactividad, si en el plazo de tres meses no realiza las actividades necesarias para reanudar la tramitación, y el archivo de las actuaciones a resultas de esta debe acordarse y notificarse al interesado, con indicación de los recursos procedentes contra la misma.

Constatado que por la Administración no se llevó a cabo las actuaciones previstas en el art. 92 de la LRJPAC para declarar la caducidad del procedimiento por la inactividad del interesado, ni constaba que este último hubiera desistido de su solicitud o renunciado a su derecho, ni que se diera alguna de las otras causas que exceptúan de la obligación de resolver, evidenciaban que dicha obligación de resolver subsistía, por lo que la referida “interrupción de la tramitación” carecía de cobertura legal.

El art. 9 del R.D. 429/1993, de 26 de Marzo por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial establece en cuanto a la práctica de la prueba que en el plazo de 30 días se practicarán las que se hubieran declarado pertinentes, pudiendo rechazar el órgano instructor solamente aquéllas propuestas por los interesados, cuando sean manifiestamente improcedentes o innecesarias, mediante resolución motivada.

Consideramos que a esa Administración le cabían dos posibilidades. La primera residía en entender que la aportación de dichos informes era indispensable para continuar la tramitación, en cuyo caso debió advertir al interesado de la caducidad del procedimiento si transcurridos tres meses proseguía su inactividad en este sentido. De otro modo, y ésta es la segunda opción, la referida inactividad no habría de tener más efecto que la pérdida del derecho a realizar el trámite, prosiguiendo las actuaciones.

Lo que sin duda no procedía en ningún caso era la paralización sin más del procedimiento administrativo sin comunicación alguna al interesado, posicionando a este último en una situación de indefensión.

En base a las consideraciones expuestas formulamos a la Dirección Gerencia del la siguiente **Recomendación**:

“Que se reanude de inmediato la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial R.P. 02189 y se resuelva a la mayor brevedad”.

Otro caso singular lo tenemos en la **queja 07/3243**, en el que la interesada denunciaba la falta de resolución del recurso de reposición interpuesto en el 2005 contra la resolución recaída en el expediente de responsabilidad patrimonial, iniciado a su instancia a raíz del fallecimiento de su esposo, en un hospital del Servicio Andaluz de Salud, y ello a pesar de haber solicitado la resolución expresa en diversas ocasiones a lo largo del 2006 y 2007.

Por su parte, el informe del SAS nos señalaba que el recurso de reposición interpuesto por la interesada debía entenderse desestimado de forma presunta por silencio administrativo, así como su particular apreciación de que con la formulación del citado recurso esta perseguía rehabilitar de forma torticera el plazo para la interposición de un recurso contencioso-administrativo.

A este respecto cabe decir que el art. 42 de la Ley 30/92, de 26 de Noviembre, sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común (LRJPAC), establece la obligación de la Administración de dictar resolución expresa sobre el fondo en todos los asuntos que conozca, obligación que persiste incluso con posterioridad al término del plazo legalmente establecido, ya sea en el seno de la primera instancia administrativa o del recurso contra las resoluciones recaídas en aquélla.

Dicho precepto resultaba plenamente aplicable a aquél supuesto, en el cual no se había dictado resolución expresa al recurso interpuesto, lo cual constituía el origen y contenido de la queja.

El artículo 116.1 de la LRJPAC expresa que los actos administrativos que pongan fin a la vía administrativa podrán ser recurridos potestativamente en reposición ante el mismo órgano que los hubiera dictado o ser impugnados directamente ante el orden jurisdiccional contencioso administrativo.

Hemos de reseñar que la opción de elegir entre acudir directamente a los tribunales o interponer un recurso de reposición corresponde al administrado, en ningún caso a la Administración.

El artículo 117.2 de la mencionada Ley 30/1992 expresa que el plazo máximo para dictar y notificar resolución del recurso de reposición será de un mes, plazo rebasado con creces en este caso.

La jurisprudencia del Tribunal Constitucional y la de Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo ha señalado, en reiteradas ocasiones, que el plazo de seis meses para interponer recurso contencioso administrativo contra resoluciones

presuntas de la Administración debe interpretarse de forma flexible, de modo que el incumplimiento de la obligación de resolver que pesa sobre la Administración en ningún caso debe favorecer a la misma, admitiendo los recursos interpuestos más allá de dicho plazo cuando se ha incumplido la obligación de resolver y se ha utilizado al mecanismo del silencio administrativo.

En este sentido, la apreciación sobre la eventual intencionalidad de la recurrente queda desvirtuada ante la posibilidad que le reconoce la jurisprudencia de interponer recurso en un plazo superior al que legalmente le señala el artículo 46.1 de la Ley 29/1998 de 13 de Julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

Las consideraciones expuestas nos permitieron realizar a la Dirección Gerencia del SAS la siguiente **Recomendación**:

“Que se resuelva a la mayor brevedad el recurso de reposición interpuesta contra la resolución recaída en el expediente de responsabilidad patrimonial 2000/212, procediéndose a la correspondiente notificación de la misma”.

Por último, en el expediente de **queja 08/2061** la interesada nos exponía que, debido una escoliosis congénita producida por una hemivértebra lumbo-sacra, se sometió a una operación quirúrgica en un hospital del SAS en Julio de 2002. A resultas de la cual quedó con un desbalance axial y sagital, interponiendo una reclamación de responsabilidad patrimonial y un recurso de reposición ante el Servicio Andaluz de Salud. Ambos fueron resueltos en forma denegatoria, alegando la prescripción de la reclamación al haber transcurrido un plazo superior de un año y al hecho de tratarse de unos daños permanentes y no continuados.

A este respecto considerábamos que el precepto legal básico a la hora de proceder a la resolución es el artículo 142.5 de la LRJAP que establece: «En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o desde la determinación del alcance de las secuelas». Idéntica redacción muestra el penúltimo párrafo del artículo 4 del Real Decreto 429/1993, de 26 de Marzo, regulador de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial.

La aplicación de dicho artículo ha sido objeto de una profusa doctrina jurisprudencial sobre el daño continuado, íntimamente relacionada con el cómputo del *dies a quo* para el inicio de la prescripción respecto a los daños físicos o psíquicos de carácter personal.

En este sentido, resulta sumamente esclarecedora la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de Mayo de 2004, que en su Fundamento Jurídico Cuarto señala:

«A efectos de pasar revista a los hitos principales de esa línea jurisprudencial que ha distinguido entre daños permanentes y daños continuados pueden consultarse, entre otras, las siguientes sentencias de este Tribunal Supremo,

Sala 3ª: 12 de mayo de 1997, 26 de marzo de 1999; 29 de junio del 2002, y 10 de octubre del 2002.

Conforme a esta línea jurisprudencial, por daños permanentes debe entenderse aquellos en los que el acto generador de los mismos se agota en un momento concreto aun cuando sea inalterable y permanente en el tiempo el resultado lesivo. Ejemplo de un daño de este tipo, cuyo resultado lesivo queda determinado por la producción del hecho o acto causante, sería el de la pérdida de un brazo, o de una pierna. Se trata de daños que pueden ser evaluados económicamente desde el momento de su producción, y por eso el día inicial del cómputo es el siguiente a aquél en que el daño se produjo. Daños continuados, en cambio, son aquellos que, porque se producen día a día, de manera prolongada en el tiempo y sin solución de continuidad, es necesario dejar pasar un período de tiempo más o menos largo para poder evaluar económicamente las consecuencias del hecho o del acto causante del mismo. Y por eso, para este tipo de daños, el plazo para reclamar no empezará a contarse sino desde el día en que cesan los efectos. O, como dice el artículo 145.2 de la Ley 30/1992, para los daños físicos o psíquicos inferidos a las personas físicas, desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas».

La Jurisprudencia ha intentado matizar en repetidas ocasiones la diferencia entre los conceptos de daño permanente y daño continuado, ya que existen múltiples supuestos en la práctica que se mueven dentro de una línea intermedia, resultando una labor ardua delimitar cuándo nos encontramos ante un supuesto u otro.

El Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Sede de Granada), en su sentencia 502/2007, de 16 de Julio, sostiene que «el daño continuado, al producirse día a día, generándose un agravamiento paulatino sin solución de continuidad como consecuencia de un hecho inicial ... dicho nacimiento [de la acción de reclamación] sólo puede tener lugar una vez que se conoce la extensión de los daños por haberse éstos agotado o, al menos, estabilizado» (FJ 2º).

El Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Sede de Sevilla), en su Sentencia de 7 de Febrero de 2003 dice en su Fundamento Jurídico Segundo:

«De modo más conciso la sentencia de 19 de abril de 2001 (RJ 2001, 2896) declara: “según doctrina constante de esta Sala, por todas sentencias de 3 y 17 de octubre de 2000 como quiera que la Hepatitis C es una enfermedad crónica cuyas secuelas, aunque puedan establecerse como posibles, están indeterminadas en el caso concreto, desconociéndose la incidencia de la enfermedad en el futuro de la víctima, es claro que estamos ante un supuesto de daño continuado y por ello el plazo de prescripción queda abierto hasta que se concrete definitivamente el alcance de las secuelas».

Finalmente, el Tribunal Supremo también ha caracterizado como notas para identificar el daño continuado la concurrencia de «daño estabilizado» (S. 26/04/2002), «la determinación de la naturaleza y extensión de los desperfectos» (S. 03/05/1991) o el «agotamiento de los efectos lesivos» (S. 22/03/2005).

La Administración sanitaria sostenía que la interesada había sobrepasado los plazos de prescripción fijados por la normativa, habida cuenta de que los daños alegados en la reclamación no son continuados, sino permanentes, ya que nos encontramos ante “*unas secuelas estabilizadas*” y que “*cuando se emitió el diagnóstico en junio de 2005, el mismo [daño] quedó perfectamente determinado, pudiendo ser cuantificado de forma definitiva (...) por cuanto el daño producido resulta previsible en su evolución y en su determinación y por tanto cuantificable*”.

Discrepabamos de la decisión adoptada por el Servicio Andaluz de Salud, en tanto que el Informe médico elaborado por el Traumatólogo del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital expresaba:

“Es decir todos los especialistas coinciden en no retrasar una cirugía necesaria (con el tiempo la rigidez de las estructuras, la dificultad de consolidación y corrección, los cambios degenerativos, etc, no hacen sino agravarse y exponer aún más a la paciente (ahora con 18 años) a más secuelas (incluso devastadoras como las neurológicas) y prolongar los sufrimientos. Esta necesidad de proponer ya la cirugía se reafirma por el hecho de constatarse una progresión del desequilibrio de la columna a expensas de fallo en la unión lumbrosacra... sin embargo entre esas dos fechas (apenas 2 años) si hay una progresión significativa de la inclinación global de la columna respecto al sacro que... ha pasado de 102 a 106 °”.

A la vista de este informe resultaba evidente que la interesada se encontraba incurso en proceso degenerativo de carácter progresivo, en el que el alcance final de las secuelas aún se encuentran por determinar en el futuro, pues incluso está expuesta a la aparición de nuevos daños de carácter neurológico que a la fecha de hoy no padece.

Entendíamos, siguiendo el criterio jurisprudencial, estar ante un supuesto que debía incardinarse dentro de los llamados daños continuados, puesto que uno de los requisitos exigidos para la concurrencia de los mismos es que las secuelas, aunque pudieran establecerse como posibles, estaban indeterminadas en el caso concreto, desconociéndose la incidencia de la enfermedad en el futuro de la paciente y que aún no se hubieran agotado los efectos lesivos. Y esto es lo que sucedía en aquel caso, cuando el facultativo especialista expresaba que podían aparecer en el futuro más daños, debido al la progresión de la patología.

Por todo lo expuesto formulamos al SAS la siguiente **Recomendación**:

“Que se proceda a declarar la nulidad de oficio de las resoluciones recaídas contra la reclamación y el recurso de reposición formulados por la interesada, procediendo a reiniciar el procedimiento y resolviendo sobre el fondo de la cuestión planteada por la administrada”.

2.2.12. Listas de espera

Adquiere especial relevancia las quejas relativas a demoras excesivas en relación a las consultas sucesivas de especialistas así como las de realización de pruebas diagnósticas y ulterior consulta para tratar los resultados de la misma con el paciente.

Los casos que destacamos en este ejercicio se desenvuelven dentro del proceso asistencial del embarazo, en el que se demoran consultas y pruebas diagnósticas, para

referir a continuación un caso de demora en intervención quirúrgica y, por último, una demora en el transporte sanitario.

Así en la **queja 07/3870** la interesada nos narraba las vicisitudes acaecidas en la atención sanitaria a su proceso de embarazo destacando el retraso en la primera visita al especialista, así como la imposibilidad de realización de un prueba de cribado bioquímico (triple screening) que podía resultar indicativa para valorar la decisión de someterse a una amniocentesis, en caso de que los resultados de la primera lo hicieran aconsejable.

En este sentido señalaba que tras dos visitas a su médico de cabecera y tres a la matrona, esta última le solicitó cita con el ginecólogo en el mes de junio, al objeto de que pudiera concretarse la misma la segunda quincena de julio. Sin embargo definitivamente quedó fijada para primeros de septiembre, momento en el que la embarazada estaría en la 21ª semana de gestación.

A causa de su edad (37 años) y por el mayor riesgo de anomalías en el feto, expresó a la matrona de su centro de salud su deseo de que se le realizara el denominado triple screening, el cual consiste únicamente en una analítica de sangre en la que se determinan ciertos marcadores. A este respecto la profesional sanitaria le indicó que dicha prueba sólo la hacían en uno de los centros hospitalarios del área.

Por último a la reclamación que la interesada formuló por este motivo en el centro de salud le respondieron señalando textualmente lo siguiente: *“aunque la evidencia clínica no apoya lo que usted dice y las revisiones sistemáticas de los avances en riesgo así lo demuestran, es de tener en cuenta tanto la educación sanitaria y la información a los usuarios”*.

En nuestra solicitud de informe a la Dirección General del SAS nos planteábamos la necesidad de saber en primer lugar los motivos por los que la cita con el ginecólogo incumplía las prescripciones establecidas en el proceso asistencial de embarazo, parto y puerperio. En segundo lugar queríamos conocer las condiciones y las posibilidades de realización tanto del triple screening como de la amniocentesis.

Así en el primer informe recibido se aludía al desarrollo actual del mencionado proceso en su implantación, así como a la secuencia de actuaciones prevista hasta el año 2010 para el Plan de Genética de Andalucía, haciendo hincapié en ambos casos en la extraordinaria dificultad de esta tarea en una organización sanitaria tan extensa. Al mismo tiempo se indicaba que se facilitaría el acceso de la interesada al área sanitaria del hospital donde sí se realizaba la prueba para que continuara allí el seguimiento de su embarazo en el caso de que ésta así lo estimara oportuno.

Puesto que con esta respuesta seguían existiendo aspectos que nos quedaban poco claros, solicitamos a la Dirección General que se pronunciara específicamente sobre los criterios que determinan la indicación del cribado bioquímico y la amniocentesis, si se ofertan siempre a las gestantes cuando conforme a aquéllos se estima idóneo, si está previsto practicarlo a quienes lo soliciten, y si se puede garantizar el acceso a estas técnicas cuando las mismas no se ofertan en la correspondiente área hospitalaria.

En el segundo informe administrativo se incluía ya el programa de cribado mediante ecografía morfológica para detectar anomalías estructurales a las 20 semanas de gestación, que por lo visto se pretende para todas las gestantes, y se ha de desarrollar (con la adquisición de los equipos y la formación de los facultativos) durante el año 2008.

Por lo que respecta al cribado combinado del primer trimestre, que incluye el estudio bioquímico y ecográfico se estimaba que se habrá generalizado para el año 2009. Ahora bien en cuanto a la práctica de la amniocentesis y el cribado del primer trimestre, se entienden accesibles para todas las gestantes que tengan indicación facultativa, estableciéndose la posibilidad de derivar a las pacientes a un área hospitalaria en la que exista disponibilidad de dichas pruebas.

Llegados a este punto sin perjuicio de que pusieramos especial empeño en comprobar la medida de la implantación de los referidos proceso y plan en los plazos oficialmente comprometidos para ello, poníamos énfasis al caso que nos ocupaba y el grado de cumplimiento de las diferentes actuaciones previstas en los mismos.

Constatabamos que la interesada obtuvo la primera cita con el especialista en ginecología para la semana 21ª de gestación, momento en el que según el proceso asistencial de embarazo parto y puerperio debía haber tenido ya dos contactos con el citado profesional (semanas 12 <11-13> y 20 <18-22>). Este déficit, que por la Administración se explicaba por una irregularidad en las agendas de citación, a pesar del esfuerzo para reorganizar la actividad asistencial durante los meses de verano, reubicando a las pacientes en las consultas del hospital o centro de especialidades de referencia; impidió a la interesada que el especialista, que es el único que pueda prescribir la realización de las pruebas de diagnóstico prenatal, se pronunciara sobre su idoneidad. Para cuando se ofreció la derivación de la paciente, la posibilidad de práctica de dichas pruebas había perdido su principal virtualidad, porque la detección de anomalías en el feto no hubiera permitido la interrupción voluntaria del embarazo, en caso de que éste hubiera sido el deseo de la interesada, al haber superado los plazos previstos legalmente para ello.

Pero es que esta queja no es la única que durante el pasado ejercicio puso de manifiesto el descontento de las usuarias con la atención del proceso de embarazo en el sistema sanitario público de Andalucía.

Así en el expediente de **queja 07/59** la interesada en el mismo también se lamentaba de carencias y demoras en la asistencia que se le prestaba, reconociendo el hospital que las primeras visitas al especialista se producen con ligeros retrasos respecto de los tiempos previstos, lo que no obstaculizó en este caso la práctica de las pruebas correspondientes a esta etapa del embarazo, pero otras citas no se pudieron gestionar de acuerdo a las semanas de gestación que señala el proceso de embarazo, parto y puerperio, por la disminución de especialistas de la plantilla del hospital, que encontró dificultades por falta de efectivos para realizar nuevas contrataciones.

Por otro lado en la **queja 07/3690** la interesada exponía su mala experiencia en su primera cita de embarazo, precisamente también en el mismo centro de salud del presente expediente, en el que según nos comentaba a duras penas le podían hacer la analítica correspondiente al primer trimestre dentro del mismo, la matrona no le asistía

conforme al protocolo por falta de tiempo, y se demoraba la cita con el especialista porque no le ponen sustituto durante las vacaciones.

Además también nos decía que la matrona le había negado la posibilidad de hacerse la amniocentesis en el área hospitalaria de referencia, instándola a cambiarse de centro de salud para que le correspondiera el área hospitalaria donde aquella sí se dispensaba. Sin embargo su médico de cabecera le dio un volante para presentar en el hospital de la Mujer y le citaron para realizarle la prueba.

El informe del Distrito Sanitario aludía por un lado a la necesidad de que la prueba de amniocentesis la indicara el especialista, por lo que en la visita correspondiente con su médico de cabecera, tras conocer éste el deseo de la interesada por la constancia en la historia clínica que había dejado la matrona, remitió a aquella a la consulta de diagnóstico prenatal, para la que fue citada dentro de los plazos de garantía de respuesta de primera consulta de especialidades.

Estos son sólo unos pocos datos que evidentemente no nos permiten realizar una valoración del nivel de cumplimiento del proceso asistencial de embarazo, parto y puerperio en su conjunto, pero creemos que resultan significativos por el grado de variabilidad que introducen en el desarrollo cotidiano de una práctica asistencial que por encontrarse protocolizada, debería ser absolutamente normalizada.

Sin embargo lo descrito nos muestra que a las pacientes del área hospitalaria donde no se prescribe la prueba y que pueden ser tributarias de la práctica del triple screening o la amniocentesis, en primer término se les indica que dichas actuaciones no se realizan dentro de la misma, en unos casos se las deriva al otro centro hospitalario, (esa misma Dirección General opta por dicha medida), pero en otros se acaba llevando a cabo en el propio hospital. El personal sanitario (matronas) no tiene muy claro el procedimiento de derivación (cambio de centro de salud para que le corresponda el otro hospital), o simplemente este último no se encuentra institucionalizado. Además lejos de ofrecerse y practicarse las pruebas referenciadas en el curso de las visitas normalizadas que marca el proceso, la iniciativa de la solicitud de su realización procede mayormente de las propias interesadas, e incluso para su indicación por el especialista se recurre a una derivación específica a una consulta de diagnóstico prenatal para la que los plazos que se plantean no son los del proceso asistencial, sino los establecidos comúnmente como garantía de respuesta para las primeras consultas de especialidades.

Sin discutir la validez científica de los presupuestos que han dado lugar al diseño de este proceso asistencial, ni dudar de la eficacia del mismo para el objetivo que se pretende, lo cierto es que el seguimiento que se realiza del proceso de embarazo en el sistema sanitario público difiere sustancialmente en cuanto a la periodicidad de las consultas y la reiteración de pruebas ecográficas, del que pueda llevarse a cabo en el ámbito de la medicina privada.

Por nuestra parte estimamos que el cúmulo de circunstancias que hemos descrito no contribuye a intensificar la confianza de las gestantes en el sistema sanitario público, resultando una de las facetas de la actividad asistencial en las que más se produce el recurso de las ciudadanas a la medicina privada.

En base a las consideraciones expuestas formulamos a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS la siguiente **Recomendación**:

“Que se adopten las medidas oportunas para que se clarifiquen las áreas hospitalarias en las que actualmente pueden llevarse a cabo las pruebas de diagnóstico prenatal triple screening y amniocentesis.

Que se especifiquen los mecanismos de derivación directa para el caso de que aquéllas sólo se lleven a cabo en una/s determinada/s área/s hospitalaria/s.

Que se impartan instrucciones al respecto a todos los profesionales sanitarios que intervienen en el proceso asistencial de embarazo, parto y puerperio.”

El supuesto de demora en la intervención quirúrgica lo tenemos en la **queja 07/4212**, en la que el interesado nos explicaba el itinerario asistencial seguido para el diagnóstico y atención de un abultamiento que le había salido dentro de la boca.

Así tras varias visitas al médico de cabecera, éste lo remitió al odontólogo, para luego ser derivado al especialista máxilofacial, sin que pasado mas de un año recibiera citación alguna, en cuyo transcurso preguntó varias veces por la misma, obteniendo siempre como respuesta que el especialista tenía mucha lista de espera, presentando una reclamación que sólo fue respondida en el sentido de que se estaba investigando la denuncia y a continuación formuló la queja ante esta Institución.

A nuestra petición de informe el centro hospitalario nos decía que el interesado ya había sido atendido en la consulta de máxilofacial, e intervenido en el hospital en los días siguientes a nuestro requerimiento, sin que se diera explicación alguna sobre las causas de la demora ni tampoco contamos con elementos de conocimiento que nos permitan valorar la espera habitual para la especialidad que consideramos.

Nos ceñimos por tanto exclusivamente a la demora de catorce meses para ser atendido por el facultativo especialista al que había sido remitido.

Durante dicho periodo la lesión había seguido creciendo y le había ocasionado al reclamante dolor y molestias al comer, además de la incertidumbre inherente al desconocimiento del diagnóstico.

Para solventar la problemática relacionada con la espera de citas de especialistas, que durante mucho tiempo fue objeto de numerosas quejas ante esta Institución, se aprobó el Decreto 96/2004 de 9 de marzo, de garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El mecanismo que se refleja en aquélla, por el que se permite a los usuarios acudir a un especialista en un centro sanitario privado si no es posible darle cita dentro del plazo de respuesta establecido (60 días), no rige sin embargo en cuanto a la especialidad que estamos considerando, que no se encuentra incluida entre las que figuran recogidas en el Anexo II de la citada norma.

Sin embargo ello no quiere decir que la espera para la misma pueda prolongarse más allá de lo que se considere razonable. La existencia de listas de espera tanto quirúrgicas como diagnósticas ha dado lugar a numerosas intervenciones de esta Institución, en virtud de las cuales se ha venido perfilando el parecer de la misma en orden a considerar comprensible determinadas demoras para acceder a las prestaciones sanitarias no urgentes, en el marco de un sistema presidido por los principios de universalidad y gratuidad, sin embargo se considera que las mismas no son concebibles si superan unos límites tolerables médica y personalmente, en cuyo caso se produce una verdadera desasistencia.

Entendemos que si bien la lista de espera ya supone de por sí una suspensión del derecho a la asistencia sanitaria reconocido en el art. 43 de nuestra Constitución, en el caso que analizamos la permanencia en la misma se prolongó en un tiempo que supera el que puede ser considerado razonable, por lo que la incapacidad para atender al interesado con mayor prontitud, ha de calificarse como constitutiva de una auténtica transgresión del derecho que hemos mencionado.

No podíamos obviar que la citación con el médico requerido se produjo, tal y como señalaba aquél, “en cuanto ha interpuesto una queja ante el Defensor del Pueblo”, pues entonces “le han atendido en una semana y con carácter preferente”.

En base al análisis pormenorizado de los hechos expuestos formulamos al Gerente del hospital la siguiente **Recomendación**:

“Que para la superación de las situaciones de larga espera se adopten por esa Administración 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”.

Por último, un caso particular lo tenemos, no en la demora de la asistencia sino, en el de la provisión de una ambulancia para el retorno al domicilio tras un alta clínica, como es el caso de la **queja 07/5368**, donde la paciente afectada de alzheimer desde los 47 años y encamada por rotura de cadera desde hace 17, de manera que se alimenta habitualmente a través de una sonda PEG.

Pues bien al realizarle un cambio postural la referida sonda se salió, por lo que los familiares llamaron al equipo de urgencias de su centro de salud de dicha localidad, desde donde derivaron a la paciente en ambulancia al distante hospital de la capital, pues entendían que no podían efectuar esta técnica la cual corresponde a un endoscopista, por riesgo de provocar una peritonitis.

De esta manera el interesado nos narraba un peregrinaje que comienza con la salida de la ambulancia a media tarde, y una vez en el hospital, se le realiza una primera valoración y la enferma pasa en camilla junto a un familiar a la sala de trauma, en la que permaneció hasta que fue asistida en consulta cuatro horas más tarde, que fue cuando una enfermera le colocó de nuevo la sonda. A partir de ahí con el alta y el volante del médico para el traslado en ambulancia, tuvieron que esperar hasta más de la una de la madrugada para que se efectuara el desplazamiento, llegando la paciente a su domicilio sobre las dos de la madrugada, transcurriendo ocho horas y media desde que la enferma salió de su casa para una intervención que tomó escasos cinco minutos de tiempo.

El informe del Distrito se viene a explicar que el orificio de la gastrectomía se suele cerrar a las 24-72 horas de la salida de la sonda, de forma que se recomienda que la vuelva a introducir un endoscopista porque se pueden dar complicaciones serias tales como peritonitis aguda, hemorragia digestiva, aspiraciones, etc. A este respecto se nos indicaba que la salida accidental de la sonda al exterior es una de las escasas complicaciones que pueden presentarse tras la realización de una gastrostomía endoscópica percutánea, debiéndose evitar el cierre del estoma (en 24-48 horas).

Continuaba señalando que aunque la cartera de servicios de atención primaria no incluye específicamente esta técnica, se puede colocar una sonda urinaria que evite el cierre parcial de la luz del estoma, y que la instauración de nuevo de la sonda PEG es una técnica sencilla pero que debe conocerse a la perfección y que para ello se ha preparado en el Distrito a los enfermeros gestores de casos.

Ahora bien como dicho enfermero no estaba disponible durante el fin de semana, el facultativo responsable de la atención urgente en el centro de salud optó por derivar a la paciente al hospital, a fin de garantizarle el tiempo más corto de intervención.

En otro orden de cosas y por lo que se refiere al hospital, en la respuesta emitida a la reclamación del interesado se aseguraba que los tiempos necesarios para completar el proceso asistencial de urgencias pueden variar en función de la afluencia de usuarios y la gravedad de sus patologías, pero que están establecidos unos plazos máximos de atención para cada nivel de gravedad que garantizan una asistencia de calidad.

De todas maneras advierte que la situación vivida por la paciente y sus familiares se habría evitado si el equipo básico de atención primaria del centro de salud de su domicilio le hubiera colocado la sonda PEG sin necesidad de efectuar ningún tipo de traslado.

En este mismo sentido abundaba el informe elaborado por el supervisor de enfermería del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, el cual señalaba que la colocación de la sonda PEG no requiere ningún tipo de estudio complementario en condiciones normales, más que el cuidado especial que supone evitar el cierre del estoma.

Al mismo tiempo nos comunicaba que la paciente fue clasificada con un nivel de prioridad 3, al que se señala en principio un tiempo de espera para consulta que oscila entre los cuarenta minutos y las dos horas. Reconoce sin embargo que aquella permaneció en espera durante cuatro horas y diecisiete minutos, no ofreciendo ninguna explicación a este respecto la cual remite al responsable médico.

Por último en lo que hacía a la demora en el traslado en ambulancia, la empresa concertada a este fin aludía a que los traslados que se corresponden con altas hospitalarias presentan mayores retrasos porque se priorizan los traslados programados. De ahí que a pesar de que el alta de la paciente se cifró a las 23 horas, la recogida de la misma no se produjo hasta la 1.30 de la madrugada.

La primera reflexión que nos suscitaba el relato de los hechos era la aparente contradicción que existía entre ambas instancias asistenciales respecto a quién debía recolocar la sonda PEG.

Para el ámbito de atención primaria era una tarea que correspondía al endoscopista aunque se intenta facilitar la prestación a los pacientes a través de distintas modalidades no del todo aclaradas. Así por un lado se aludía a un concierto para ello con un determinado hospital, aunque no se explicaba el circuito previsto a este fin; por otro lado se aludía a la realización de la técnica sustitutoria mediante sonda urinaria, pero tampoco se especificaba quienes la practican; y en último lugar se mencionaba la formación a estos efectos, entendemos que de recolocación de la sonda PEG, de los enfermeros gestores de casos.

Para el hospital sin embargo la técnica que comentamos no conllevaba complicación alguna, de hecho la vino a realizar una enfermera del servicio de urgencias, por lo que se extrañaban de que no se haya llevado a cabo la maniobra desde el mismo centro de salud.

En resumidas cuentas de la información suministrada se desprende que esta cuestión se viene solventando con carácter general en el ámbito de la atención primaria, y que la llegada del fin de semana que además entrañaba la sucesión de dos días festivos, fue el único motivo que marcó la derivación de la madre de la interesada al hospital.

Con independencia del régimen de funcionamiento de la atención a urgencias en el centro de salud, pensamos que no existía motivo alguno que pudiera justificar la interrupción en la dispensación de esta prestación durante los fines de semana. Si no se encuentra de guardia el enfermero gestor de casos del centro de salud, especialmente formado para la realización de esta técnica, creemos que el que esté cubriendo el turno de atención continuada puede realizar al menos la técnica sustitutoria de colocación de una sonda urinaria con carácter provisional. En otro caso los dispositivos móviles del dispositivo de cuidados críticos y urgencias, o en último extremo, el punto fijo de dicho dispositivo más próximo debe contar con personal capacitado para recolocar la sonda PEG, pues a pesar de las alegaciones realizadas en orden a la necesidad de contar con un endoscopista, en este supuesto se pone de manifiesto que la instauración de la nueva sonda se llevó a cabo por una enfermera del servicio de urgencias del hospital, a la que no se mencionaba ninguna capacitación adicional.

Entendemos que desde los centros de salud del Distrito se desarrolla el programa de cuidados para la atención de personas dependientes y sus cuidadores, en torno al cual se ha desplegado una importante estrategia de enfermería, en cuyo contexto, no pueden caber situaciones como las descritas por el reclamante en esta queja, en las que una paciente de estas características se ve obligada a un desplazamiento que ha de resultar a todas luces innecesario, si en el referido programa se habilitan los medios adecuados para proporcionar a estos pacientes una adecuada atención domiciliaria.

La actuación del servicio de urgencias hospitalario mereció nuestra segunda reflexión. Y es que la explicación de la demora en la asistencia de la interesada no podía descansar en la simple referencia a la posibilidad de realización de la técnica en el ámbito de la atención primaria.

El Plan Funcional de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias destaca que el fin último de la sección de urgencias es atender a cualquier ciudadano que demande atención sanitaria urgente, en el menor tiempo posible, y con la mayor eficiencia.

Desde nuestra óptica, hemos intentado contribuir a través de nuestra actividad ordinaria a la concienciación de la ciudadanía en orden a la realización de un correcto uso de los dispositivos de urgencia hospitalarios.

Ahora bien en el supuesto que consideramos ninguna tacha puede recibir el comportamiento en este sentido de la usuaria, la cual intentó por principio recibir la atención que precisaba del centro de salud de su localidad, y su traslado al hospital se produjo por derivación de este último, permaneciendo ajena a la posibilidad antes aludida, la cual se le negó desde el referido centro de salud, que expresamente le indicó la necesidad de un endoscopista.

Pues bien entre los criterios orientativos que se tienen en cuenta para definir la prioridad del proceso en la consulta de clasificación, según el mencionado Plan Funcional, (sólo se refieren a los niveles 1 y 4) no se contempla la recolocación de la sonda PEG (si la de sonda nasogástrica en el nivel 4 cuando está justificada la visita a urgencias por intento fallido en el domicilio o en el centro de atención primaria del paciente).

Según se nos comunica en el informe del hospital, la paciente fue clasificada con un nivel de prioridad 3, al que se asigna de acuerdo al mismo documento un tiempo de espera para consulta que oscila entre los cuarenta minutos y las dos horas.

No obstante el interesado nos cuenta que la clasificación de aquélla tuvo lugar a las 18.00 horas y no entró en consulta hasta las 22.30 horas, por lo que la apreciación del mismo se acerca a la información suministrada por el coordinador de enfermería del SCCU, el cual cifra la espera para consulta en torno a las cuatro horas y diecisiete minutos.

Es decir que el propio hospital sitúa la asistencia a la paciente más de dos horas por encima del límite máximo establecido a estos efectos. No sirve de nada por tanto que el hospital mantenga que “están establecidos los plazos máximos de atención para cada nivel de gravedad que garantizan una asistencia de calidad”, pues lo que demuestra la experiencia del caso es que dichos plazos máximos (en este punto el asignado al nivel de prioridad 3) no se cumplen, luego su fijación no incorpora para el paciente garantía alguna, más que estrictamente teórica.

Pero aún hay más, si atendemos al contenido del Plan funcional ya comentado, observamos que el nivel de prioridad 3 se designa como urgencia demorable, para incardinar en el mismo pacientes con patología no de nivel 4 pero cuya atención urgente admite cierta demora (dolor abdominal tolerable, sin signos de gravedad o compromiso vital, disnea de esfuerzo, diarrea sin afectación del estado general, sospecha de hemorragia digestiva en paciente asintomático y sin afectación de constantes,...).

Lo más llamativo de esta clasificación de niveles de prioridad es que señala los límites temporales en los que se debería atender las patologías encuadradas en los mismos, a cuyos efectos se establece que la espera para recibir asistencia médica de los pacientes clasificados como de prioridad 3 no debería superar los treinta minutos.

Es decir que el retraso en la asistencia a la madre del interesado no sólo se sitúa más de dos horas por encima del establecido como límite máximo por el hospital, sino que este último no resulta ajustado al considerado como óptimo por el Plan Funcional

de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias, separándose del mismo de una manera muy significativa (una hora y media).

La única conclusión que podíamos extraer de esta exposición, si tenemos en cuenta los razonamientos expuestos, es que la actividad asistencial de urgencias del centro hospitalario, al menos en lo que se refiere a este supuesto concreto, distaba mucho de los niveles de calidad establecidos por el Plan Funcional, y aún de los propios niveles adoptados internamente por el centro, los cuales ya de por sí se alejan bastante de los primeros.

Una última y somera valoración merece la cuestión del transporte sanitario. En el informe remitido por la empresa de ambulancias contratada al objeto de llevar a cabo esta prestación, se establece que el alta de la paciente se produjo a las 23 horas, y la recogida de la misma se llevó a cabo a la 1.30 horas. En resumidas cuentas después del itinerario descrito la paciente aún tuvo que aguardar en las condiciones expuestas más de dos horas adicionales.

En nuestra opinión ni el hospital puede desvincularse de cualquier responsabilidad en la prestación del servicio de ambulancias por el mero hecho de que *“son una empresa ajena de carácter privado concertada por la Consejería de Salud”*, como dice el informe del centro; ni la prioridad del transporte programado como señalaba la empresa puede relegar de esta manera otro tipo de servicios.

En este punto destacábamos que el transporte programado de pacientes de diálisis, que es el ejemplo que se ofrecía, y otro tipo de asistencias, se viene realizando normalmente en medios de transporte sanitario colectivo, luego no son en principio los adecuados para el desplazamiento de una paciente de las características de la madre del interesado, que por los condicionamientos que le ocasionan sus patologías, tuvo que permanecer todo aquel tiempo en camilla.

Cabe preguntarse entonces si el hospital no tiene a su disposición medios de transporte individual para realizar el traslado, y lo que es más importante, por lo que parece la utilización de las ambulancias se encuentra absolutamente predefinida en torno al transporte programado, de manera que cualquier desplazamiento que traiga su causa en un alta hospitalaria se ha de ver indefectiblemente relegado a la previa realización de aquél.

A nuestro entender deberían coexistir en el tiempo ambas modalidades de transporte, pensamos que quizás mediante la reserva de medios para su dedicación exclusiva a las eventuales altas que se produzcan a lo largo del día, las cuales en cierto modo también pueden calcularse de manera al menos aproximativa siguiendo las estadísticas diarias.

Por todo lo expuesto, formulamos la siguiente **Recomendación:**

A la Dirección Gerencia del Distrito Sanitario:

“Que se garantice la posibilidad de dispensar la prestación que consiste en la colocación de una sonda PEG en el horario de atención cubierto por los dispositivos de urgencia extrahospitalaria.

Que se promueva el adiestramiento del personal de enfermería de los centros de salud del Distrito, al menos en la realización de la técnica de sustitución por sonda urinaria.”

A la Dirección Gerencia del hospital:

“Que se revisen los tiempos máximos previstos en garantía de una atención de calidad para cada nivel de prioridad y se ajusten a los recomendados en el Plan Funcional de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias.

Que se dote la sección de urgencias de los medios necesarios para garantizar el cumplimiento de dichos límites temporales.

Que se establezcan criterios para la organización del transporte sanitario que eviten la relegación de los desplazamientos al alta hospitalaria hasta que se lleven a cabo los programados.”

2.3. Consumo.

Frente a un cúmulo de quejas en materia de consumo, cuyo denominador común son en muchas ocasiones la inactividad o laxitud administrativa, derivando en inaplicaciones del régimen sancionador, en otros, más excepcionales, nos encontramos con casos de rigidez en la aplicación de este como es el caso que destacamos a continuación.

Así en la **queja 08/2804** el interesado nos exponía que en su academia de enseñanza se realizó una inspección por el Servicio de Consumo. En un primer momento se le informó que la misma era exclusivamente a efectos informativos y para corregir deficiencias. Una vez subsanadas las mismas, se le impuso una multa de 200 euros.

El informe de la Delegación del Gobierno, expresaba que, tras la Inspección de Consumo, esta acordó iniciar procedimiento sancionador que concluyó imponiendo la multa citada al interesado, entendiendo la misma como la cuantía mínima prevista en la Ley 13/2003, de 17 de Diciembre, de defensa y protección de los consumidores y usuarios de Andalucía; que la subsanación de defectos no implica la extinción de responsabilidad administrativa, sino una graduación de la misma, y que en el expediente no constaba dato alguno que expresara que la inspección se giró a efectos puramente informativos.

La actuación inspectora determinó la concurrencia de hasta cuatro infracciones calificadas como leves, que conforme a lo dispuesto en el artículo 74 c) de la ley 13/2003, de 17 de Diciembre, podrán ser sancionadas con multas que oscilan entre 200 y 5000 euros.

Asimismo el artículo 79.3 de la referida ley señala como atenuante el hecho de haber corregido las irregularidades detectadas con carácter previo a la emisión de la propuesta de resolución, como sucede en el presente caso.

Finalmente, el artículo 75 menciona que, en el supuesto de infracciones leves en las que concurra una atenuante, la Administración podrá imponer como sanción, en

lugar de una multa, la amonestación consistente en un simple pronunciamiento que deberá aparecer recogido en la resolución.

El caso que se nos planteaba mostraba una evidente intención por parte del interesado de proceder a una inmediata subsanación de cuantos defectos e irregularidades se pusieron de manifiesto tras la visita realizada por la Inspección a su establecimiento. Así constaba en el expediente administrativo a través de las alegaciones presentadas y las fotos que se acompañaban.

Cierto es que en tal actuación, se tuvo en cuenta la valoración de la situación económica y personal del interesado, estableciendo como sanción una sola multa de 200 euros, la mínima que se podía imponer con arreglo a la normativa vigente.

No obstante, mantuvimos una opinión contraria a la sostenida en este supuesto por la Delegación del Gobierno, toda vez que si partimos del principio -expresada en el Fundamento de Derecho Segundo de la resolución administrativa sancionadora- de que el procedimiento sancionador no tiene por finalidad la mera recaudación de caudales, sino la tutela y defensa de los intereses de los consumidores, evitar conductas que atenten contra los mismos y el restablecimiento del orden jurídico infringido, está claro que la actuación observada por el interesado había conseguido, desde el primer momento, satisfacer ambas finalidades, procediendo a subsanar las irregularidades detectadas de forma inmediata y adoptando una actitud clara de colaboración.

Teniendo en cuenta además que nos encontrábamos ante infracciones de carácter leve y la delicada situación económica que aquejaba al interesado, entendíamos más adecuada la imposición de la sanción de amonestación recogida en el artículo 75 de dicha Ley, máxime cuando los fines perseguidos por el procedimiento sancionador se han visto cumplidamente satisfechos por la diligente actuación del infractor.

Así pues, teniendo en cuenta los hechos expuestos, formulamos la siguiente **Recomendación:**

“Que, al amparo del artículo 105 de la Ley 30/1992 de RJAP y PAC, de proceda a revocar la sanción impuesta al interesado, estableciendo una nueva resolución en la que se modifique la sanción de multa por la de amonestación, fundándose en el artículo 77 de la Ley 13/2003, de 17 de Diciembre, de defensa y protección de los consumidores y usuarios en Andalucía”.

Y con el mismo fundamento legal, formulamos la siguiente **Sugerencia:**

“Que, en lo sucesivo, se adopte el criterio por la Delegación del Gobierno de proceder a sancionar las infracciones leves en materia de consumo, cuando concurra una actuación inmediata del infractor tendente a la subsanación de las irregularidades detectadas, a imponer la sanción de amonestación en lugar de la de multa”.

TEMAS TRATADOS EN OTRAS ÁREAS TEMÁTICAS

SECCIÓN SEGUNDA: I.- PERSONAL DEL SECTOR PÚBLICO

2.5. Reconocimiento de servicios prestados en la sanidad pública de la Unión Europea, para la Bolsa de Trabajo Temporal del Servicio Andaluz de Empleo.

En la **queja 07/0184** una trabajadora de la sanidad pública andaluza expresaba su disconformidad con el criterio fijado por el Distrito Sanitario de Sevilla, del Servicio Andaluz de Salud, de no valorar los servicios prestados en Instituciones Públicas de los restantes países de la Unión Europea, para la Bolsa de contrataciones temporales a nivel provincial y que próximamente será sustituida por la denominada Bolsa Única del SAS.

De la colaboración que solicitamos al responsable del Distrito Sanitario éste justificó el criterio empleado como resultado de las deliberaciones producidas en el seno de la Mesa de Seguimiento y aplicación de las Resoluciones del Servicio Andaluz de Salud.

Siendo consciente y aun compartiendo con la Dirección del Distrito su competencia como superior autoridad y responsable del personal para la toma de determinadas decisiones, considerábamos improcedente excluir los servicios prestados en Instituciones Públicas de otros países de la Unión Europea (UE), por cuanto determinar dicho criterio excluyente excedería, y así se lo indicábamos en resolución efectuada al efecto, del margen de discrecionalidad consustancial a la potestad autoorganizadora de la Dirección del Distrito Sanitario, sin perjuicio de que el mismo fuese aprobado por la Mesa de Seguimiento.

Y no se puede afirmar que la cobertura de necesidades objetivas expuesta por la Dirección (calidad y funcionamiento permanente de centros) exigiera la no consideración de servicios prestados por trabajadores en otros países de la Unión, porque con tal modo de actuar, de hecho, estaríamos prescindiendo de profesionales con mayor cualificación (más experiencia) y con evidente perjuicio para los interesados.

Respecto a la no consideración de los servicios prestados en centros públicos de la Unión, recordamos al responsable del Distrito Sanitario el Reglamento núm. 1612/68, del Consejo de la Unión Europea, de 15 de Octubre de 1968, relativo a la libre circulación de los trabajadores dentro de la comunidad.

Así, todo nacional de un Estado miembro tiene derecho a acceder a una actividad por cuenta ajena y a ejercerla en el territorio de otro Estado miembro; tal derecho debe reconocerse indistintamente a los trabajadores permanentes, de temporada y debe beneficiarse también del conjunto de las medidas de formación, reorientación o readaptación profesional

La Comisión de las Comunidades Europeas, en su papel de guardiana de los Tratados de la Unión Europea, está plenamente comprometida en asegurar que los Estados miembros y las autoridades públicas a nivel nacional, regional y local cumplen los derechos conferidos a los ciudadanos de la UE por el Tratado o por el Derecho derivado.

Con dicho objetivo, aprueba la Comunicación (2002) 694 final, de fecha 11 de Diciembre de 2002, sobre «La Libre circulación de trabajadores y la plena realización de sus ventajas y sus posibilidades», y a ella nos remitimos y, en concreto, recomendamos la lectura de su apartado 5.3. Sector Público: Reconocimiento de la experiencia profesional y de la antigüedad.

Evidentemente, la actuación de la Dirección y, en su caso, de la Mesa Provincial de Contratación Temporal de la Delegación de Salud de Sevilla, de excluir de la Bolsa de Contratación los servicios prestados en centros sanitarios públicos de la Unión Europea, y limitarlos exclusivamente al ámbito del Servicio Nacional de Salud, perjudicó al personal incluido en dicha Bolsa, como era el caso de la promotora de esta queja; perjuicios efectivamente causados y debidamente acreditados ya que, siendo necesario la contratación temporal de personal estatutario de su especialidad (enfermera) no se le renovó su contratación, al no considerar los servicios prestados –22 meses- en Hospital Público de Amiens (Francia).

Dichos perjuicios entendimos que se correspondían con los salarios que se hubieran devengado de haber sido contratada, de haber tenido en cuanta, como era procedente, los meses de servicios en Francia, ocupaba el puesto núm. 20 de la Bolsa superior a los 28 enfermeros eventuales con contrato hasta el 30 de Junio de 2007.

En este sentido, no se respetó el derecho de acceder en condiciones de igualdad al empleo público regulado en el art. 23.2 del Texto Constitucional, lo que debe conectarse con el art. 103 referido al acceso a la función pública de acuerdo con los principios de mérito y capacidad, lo que tampoco sucedió en el presente supuesto.

Por ello, consideramos que la Dirección del Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla, y la Mesa Provincial de Contratación Temporal de Sevilla, se excedió en sus funciones al determinar la exclusión de los servicios prestados en Instituciones Públicas del resto de países de la Unión Europea, de entre los méritos evaluables en la Bolsa de Contratación, sin fundamento legal alguno y de forma arbitraria, “obviar y saltarse” la Bolsa de Trabajo Eventuales.

En base a lo anterior, efectuamos **Recordatorio** de deberes legales y **Recomendación** a la Dirección del Distrito Sanitario de Sevilla para que reparase los perjuicios causados a la trabajadora, procediéndose a su contratación en la plaza vacante que le correspondiese, con derecho a ser indemnizada por el importe de los salarios que se hubieran devengado de haber sido contratada, conforme al orden preestablecido, o bien por haberse demorado su incorporación a la vacante.

Al mismo tiempo, instamos a la modificación de los criterios, las prácticas administrativas y las normas que lo requiriesen, para incorporar los servicios prestados y experiencia profesional adquirida en otro Estado miembro de la Unión Europea.

La Resolución formulada fue aceptada por la Dirección General de Personal y Desarrollo Personal del Servicio Andaluz de Salud quien, no obstante, demoró más de dos meses en comunicar dicha aceptación y atender la pretensión de la trabajadora.

2. 11. Personal Sanitario.

2.11.1. [Disconformidad con el nuevo baremo para la inclusión en la Bolsa única de Servicio Andaluz de Salud.](#) Pág. 94.

2.11.2. [Convocatoria de dos procesos selectivos coincidentes en día y hora.](#) Pág. 96.

2.11.3. [Situación laboral de los capellanes en los Hospitales de la red sanitaria andaluza.](#) Pág. 97.

2.11. Personal Sanitario.

En este apartado del informe vamos a dar cuenta de aquellas quejas que se han dirigido a esta Institución, en el año 2008, a instancias del personal sanitario incluido en el ámbito de gestión del Servicio Andaluz de Salud.

Los temas que durante este año 2008 han generado más conflictividad, o que por su temática o por el número de personas afectadas merecen ser destacados, son los siguientes: la problemática derivada del nuevo baremo para la inclusión en la Bolsa Única; la convocatoria de dos procesos selectivos en el mismo día y hora; discrepancia con la desaparición de la Dirección Regional de desarrollo e Innovación de Cuidados de Enfermos; evaluación de la “Prueba de Competencia”; exención de guardias por alcanzar la edad de 55 años y otros.

De entre los asuntos citados, por su interés, nos vamos a detener en el examen de los siguientes:

2.11.1. Disconformidad con el nuevo baremo para la inclusión en la Bolsa única de Servicio Andaluz de Salud.

Para ejemplificar la problemática que ilustra este epígrafe sirva de ejemplo la **queja 08/2361**. Como cuestión previa, conviene aclarar que fue éste el expediente al que se acumularon, en aras al principio de agilidad y economía, las más de setenta quejas que sobre el particular se recibieron en esta Oficina.

Pues bien, en sus quejas los interesados nos denunciaban la injusticia, que en su opinión, se produciría, con la publicación oficial y definitiva de la Bolsa de Contratación Única por parte del Servicio Andaluz de Salud.

Manifestaban los interesados que en la referida Bolsa Única sólo se contemplaban los méritos obtenidos hasta 2006, por tanto, en opinión de los interesados, nos encontrábamos ante una Bolsa que calificaban de obsoleta, que no se ajustaba a la realidad, presentando un desfase de casi tres años respecto a los méritos que serían baremables. Este punto, igualmente en opinión de los interesados, chocaba frontalmente con lo que serían los principios que inspiraron la creación de la Bolsa Única de Contratación: permanente, abierta y actualizada.

Explicaban los interesados que en la bolsa única que iba a entrar en vigor, no se encontraban incluidos ciertos méritos que ya habían sido reconocidos en BOJA 189/2008 de fecha de 22 de Septiembre de 2008, y que resultaban de extrema importancia a la hora de obtener el baremo definitivo.

Consideran los interesados que si entrase en vigor la bolsa con méritos hasta 2006 se estarían transgrediendo derechos fundamentales del trabajador y se verían abocados a unos Contenciosos-Administrativos de grandes dimensiones que a nadie beneficiarían.

Finalmente manifiestan los interesados que con esta situación podría darse el caso de que trabajadores con más de diez años de experiencia se viesan desplazados por otros con menos de dos, como consecuencia de que no son valorados cursos que siempre lo han sido y reconocidos en BOJA, así como no baremar los méritos hasta 2008.

Admitida a trámite la presente queja se solicitó el preceptivo informe de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional de SAS.

En su informe la citada Dirección General tuvo a bien manifestar lo siguiente:

“(...)Este proceso introduce novedades importantes como el establecimiento de un baremo único y homogéneo a nivel regional, con el objetivo de que nuestros profesionales tengan la opción de trabajar en cualquier provincia andaluza en condiciones de igualdad, mérito, capacidad y publicidad.

En el escrito presentado por la interesada, no especifica qué tipo de formación o méritos no se incluyen en el nuevo baremo. No obstante, como ha quedado de manifiesto la valoración de los méritos ofrece plenas garantías jurídicas tal como se recoge en la normativa vigente.

Por otra parte la estabilidad laboral a la que alude (...) en una Administración Pública se consigue participando en los procesos selectivos convocados para obtener una plaza básica de personal estatutario fijo en la categoría que corresponda. Por ello, el baremo de mérito aprobado en Mesa Sectorial de Sanidad en nada afecta a la estabilidad de un nombramiento temporal, que por propia definición es provisional, y el tipo de nombramiento de carácter eventual se expide, conforme al art. 9.3 de la Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, entre otros supuestos, “cuando se trate de la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria”. Asimismo, esa disposición establece que “se acordará el cese del personal estatutario eventual cuando se produzca la causa o venza el plazo que expresamente se determine en su nombramiento, así como cuando se supriman las funciones que en su día lo motivaron”.

Pues bien, tras examinar el informe que nos había sido remitido por la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud junto con la documentación que constaba unida al mismo, hubimos de concluir que la creación de una bolsa única y la nueva baremación en la forma y periodos que se acordaban en el Pacto de la Mesa Sectorial de Sanidad de fecha 22 de Mayo de 2005, modificado por Resolución de fecha 31 de Mayo de 2008, resultaba ajustada a derecho, por encontrarse dicho Pacto plenamente en vigor y no haber sido objeto de impugnación alguna en los plazos predeterminados.

De otra parte, tras el examen de la documentación aportada por la Administración sanitaria, esta Institución no podía concluir que la baremación de méritos que en el Pacto controvertido se contemplaba viniese a perjudicar a determinados colectivos, resultando de interés destacar la continua actualización de méritos, de acuerdo con lo establecido en el punto 6 del mentado Pacto.

No obstante, en aras a profundizar aún más sobre este asunto y poder así adoptar una resolución definitiva en el presente expediente de queja con las debidas garantías, consideramos oportuno dirigirnos nuevamente a los interesados a fin de que nos concreten en que aspectos les perjudica la aplicación del nuevo baremo nacido de dicho Pacto; así como los aspectos concretos del baremo que han sido suprimidos o se les ha dado una menor puntuación respecto del anterior.

A la fecha de redacción de estas líneas estamos a la espera de la información solicitada a los interesados las distintas quejas que sobre este particular se han recibido. Momento en el cual valoraremos dicha información junto con la remitida en su día por la Administración sanitaria, adoptando las actuaciones que procedan en defensa de la legalidad vigente.

2.11.2. Convocatoria de dos procesos selectivos coincidentes en día y hora.

Fiel reflejo de la problemática que ilustra este apartado lo es la **queja 08/0572**. En esta queja el interesado nos manifestaba que había presentado su solicitud de participación en dos procesos selectivos convocados por el Servicio Andaluz de Salud, para las categorías de fisioterapia y terapia ocupacional.

No obstante, denunciaba el interesado que se había fijado como fecha de realización de los exámenes en ambas convocatorias el mismo día y a la misma hora, por lo que perdía su derecho a presentarse a una de las convocatorias.

Así, tras examinar los hechos que motivaban la queja del interesado y vista la legislación aplicable, hubimos de concluir que no existía irregularidad en la actuación de la Administración sanitaria. Ahora bien, sin obviar las dificultades que sin dudas existen a la hora de organizar las convocatorias de los distintos procesos selectivos, entendía esta Institución que no podíamos tampoco obviar que el personal perteneciente a un grupo determinado podía presentarse a los distintos procesos selectivos para el acceso a distintas categorías dentro del mismo grupo.

Así pues, convocar el mismo día y a la misma hora dos procesos selectivos pertenecientes a un mismo grupo profesional, estaba limitando o restringiendo las posibilidades de acceso al empleo público.

Por ello, entendía esta Institución que tratándose, en este caso, de un único órgano convocante -SAS-, en virtud del principio de flexibilidad en orden a lograr la máxima concurrencia, que preside la actividad pública, debería de hacerse un esfuerzo por tratar de no hacer coincidir las convocatorias de exámenes correspondientes a las distintas categorías profesionales incluidas de un mismo grupo.

En consecuencia con lo expuesto, y considerando que nos encontrábamos ante un derecho necesitado de protección, en base a las facultades que nos concede nuestra Ley Reguladora procedimos a formular a la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional la siguiente **Sugerencia**:

“Que en futuros procesos selectivos, y en aras a facilitar la máxima concurrencia, se trate de no hacer coincidir en el tiempo los exámenes de las distintas categorías profesionales pertenecientes a un mismo grupo.”

A la vista de la Sugerencia formulada la citada Dirección General nos traslado su compromiso a estudiar, en futuras Ofertas de Empleo Público, la posibilidad de realizar los exámenes, correspondientes a las distintas categorías, en fechas distintas.

2.11.3. Situación laboral de los capellanes en los Hospitales de la red sanitaria andaluza.

Durante este año 2008 han tenido entrada en esta Institución algunas quejas tramitadas a instancias de capellanes que prestan sus servicios en hospitales andaluces, en las que nos denunciaban su precaria situación laboral con respecto al resto de personal del SAS, y que describían en los siguientes términos:

“Somos nombrados por el obispo para cubrir la plaza en el hospital.

- La seguridad social que tenemos es la especial que tenemos todos los sacerdotes y con respecto al salario mínimo interprofesional.

- En el hospital debemos organizarnos los capellanes para cubrir todas las horas de la semana: 48 ó 72 horas, ya que somos tres en los grandes pabellones. Dos días fijos a la semana y un domingo cada tres. Sean o no festivos.

- Mensualmente se nos ingresa 824,57 euros. En 14 pagas anuales, no en concepto de nómina, sino como proveedores.

- Cuando uno se va de vacaciones (1 mes) Los dos restantes debemos cubrirle, pasando a tener 72 ó 96 horas semanales: (tres días fijos a la semana y domingos alternos).

- Tenemos sacristía-despacho-y habitación, se nos facilita uniforme, tickets de comida, busca como a cualquier personal de guardia.

- Sufrimos todos los riesgos hospitalarios, pues pasamos por todos los servicios del hospital.

- Si te pones enfermo no hay quien te cubra y la responsabilidad recae sobre cada uno de los capellanes.

- No tenemos festivos, días disponibles, baja complementos, antigüedad, etc.

- Cualquier formación específica corre a nuestro cargo.

- Este trabajo no nos cuenta en nuestro historial laboral, ni hay cotización a la seguridad social. Si tenemos retenciones (IRPF)”

Tras examinar la denuncia recibida, y con el ánimo de conocer en detalle los extremos del conflicto planteado, nos dirigimos al Hospital afectado recabando de dicho organismo la preceptiva información.

Dando respuesta a nuestra petición, la Dirección del hospital afectado se pronunciaba en los siguientes términos:

“1º) Con fecha 24/07/85 y en aplicación del Acuerdo entre el Estado Español y la Santa Sede sobre asuntos jurídicos de 03/01/79, se firmó el Acuerdo sobre asistencia religiosa católica en Centros Hospitalarios Públicos, que fue publicado por Orden del Ministerio de la Presidencia del Gobierno de fecha 20 de Diciembre de 1987 (BOE de 21 de Diciembre).

Con fecha 29/12/86 se firmó un Convenio para la asistencia religiosa católica en los Centros Hospitalarios de la Red Pública integrada de Andalucía (BOJA de 17/03/87), en cuyo art. 5º se establece que “los capellanes o personas idóneas para prestar la asistencia religiosa católica, serán designados por el ordinario del lugar y nombrados por el Director Provincial de la RASSA”. En su cumplimiento el Obispado de Málaga designó a D. (...) Capellán de este Centro Hospitalario, por lo que no se encuentra adscrito a la plantilla del personal del Hospital, sino que forma parte del servicio de asistencia religiosa católica que en este Centro Hospitalario está constituido por ocho capellanes que desarrollan sus funciones a tiempo pleno.

2º) Con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el Convenio de 29/12/86 se dicta por la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud la Circular 8/1988, de 1 de Febrero, de Instrucciones para la aplicación del Convenio suscrito entre la Consejería de Salud y la representación de los Obispos de Andalucía para la asistencia religiosa en los Centros Hospitalarios de la Red Pública Integrada de Andalucía. En dicha Circular se establece que los Capellanes acogidos al Convenio percibirán las retribuciones en el Convenio de 24/07/85 a través del propio Hospital, con independencia de que todo lo relativo a las aportaciones de cuota patronal de la Seguridad Social se entregue a las Diócesis respectivas de forma global. En cumplimiento de lo señalado, este Centro abona mediante pago delegado, a los capellanes las retribuciones brutas anuales de 13.230,14 € distribuidas en catorce mensualidades (945,01 €/mensualidad), y al Obispado de Málaga las cuotas patronales correspondientes.

3º) El régimen de jornada y descansos de los Capellanes viene regulado en el Convenio y la Circular antes mencionados, en los que se establece una actividad pastoral ordinaria de los Capellanes a tiempo pleno de 40 horas semanales, siendo el capellán o el responsable de los mismos, en el caso de ser varios, quien fijará de acuerdo con la Gerencia, los horarios de trabajo, descansos, vacaciones y permisos para actividades de formación permanente. Por tanto, son los propios capellanes del Centro los que programan sus horarios de trabajo y descansos.

4º) A fin de facilitar medios y la colaboración necesaria para el desempeño de la misión pastoral que prestan los Capellanes de este Centro Hospitalario, tanto en sus visitas a los enfermos como en la celebración de los actos de culto y administración de los sacramentos, el Hospital les facilita:

Capilla para la oración de los fieles y la celebración de culto en tres de sus pabellones, dotadas de los recursos materiales necesarios para el ejercicio de sus funciones.

- Despacho para recibir visitas y guardar archivos.
- Local adecuado para pernoctar.
- Pases de comedor para su mantenimiento.
- Servicio de busca-personas.

5º) Finalmente, señalar que este Centro cumple con todas las obligaciones retributivas y materiales establecidas legalmente con los Capellanes que desarrollan sus funciones pastorales en el Hospital.”

A la vista de la información recibida, como trámite previo, antes de adoptar una resolución definitiva en la queja, acordamos dar traslado al interesado del informe recibido a fin de que nos formulase cuantas alegaciones a su derecho pudieran interesar.

El interesado, dando respuesta a nuestro requerimiento en el sentido anteriormente expuesto, se pronuncia en el sentido que a continuación pasamos a transcribir:

“(...) no está ajustada nuestra jornada laboral de 40 horas, pues al repartimos la semana entre los tres capellanes, tocamos a 48 o 72 horas semanales en periodo ordinario y en época de vacaciones se montan a 72 o 96 horas semanales, siendo siempre la misma remuneración mensual.(...)”.

A la fecha de redacción del presente informe estamos pendientes de recibir una respuesta de la Administración sanitaria en relación con las alegaciones formuladas por el interesado a su informe.

SECCIÓN SEGUNDA: IV.- EDUCACIÓN

2.1.4.2.2. Atención educativa domiciliaria.

Vamos a tratar en este apartado los problemas que se plantean cuando hay alumnado que, por razones de enfermedad, se ve impedido de asistir a clase, lo que origina una imposibilidad de continuar con normalidad sus estudios, y sin que, por otra parte, la enfermedad que padecen requiera el ingreso en un establecimiento hospitalario. También se encuentran en este supuesto los casos de alumnos y alumnas que están en fase de convalecencia domiciliaria tras una intervención quirúrgica o un ingreso hospitalario.

El Decreto 167/2003, de 17 de Junio, dedica el Capítulo VI a tratar esta cuestión, denominándola “*atención educativa del alumnado que por razones judiciales o de enfermedad no puede acudir al centro escolar*”. Recordemos su regulación jurídica:

«Artículo 34. Atención educativa del alumnado que no puede asistir al centro docente por razón de enfermedad.

1. De acuerdo con lo establecido en el artículo 21.1 de la Ley 9/1999, de 18 de Noviembre, la Consejería de Educación y Ciencia garantizará la continuidad del proceso educativo del alumnado de enseñanza obligatoria que esté hospitalizado o permanezca durante periodos prolongados en su domicilio por razón de enfermedad.

2. El alumnado de la enseñanza obligatoria que esté en la situación a que se refiere el apartado 1 anterior continuará, a todos los efectos administrativos y docentes, inscrito en el centro educativo donde esté escolarizado, aun cuando no asista al mismo, y se le asignará un grupo y un tutor.

3. No obstante lo señalado en el apartado anterior, el alumnado de educación secundaria obligatoria que, por razones de enfermedad, no pueda asistir al centro docente donde está inscrito durante periodos prolongados podrá optar por cursar esta etapa educativa en la modalidad de educación a distancia. En este supuesto, el alumno o alumna será escolarizado, aun cuando no tuviera los dieciséis años de edad, en el Instituto Provincial de Formación de Adultos que corresponda.

4. La Consejería de Educación y Ciencia desarrollará una oferta educativa en la modalidad de educación a distancia dirigida al alumnado de enseñanzas postobligatorias no universitarias que se encuentre en la situación a que se refiere el apartado 1 de este artículo, conforme a lo establecido en el apartado 4 del artículo 21 de la Ley 9/1999, de 18 de Noviembre.

5. Para atender al alumnado a que se refieren los apartados 3 y 4 anteriores, el Instituto Provincial de Formación de Adultos designará a un profesor o profesora que ejercerá las funciones de tutoría y seguimiento de este alumnado.

6. De acuerdo con lo establecido en el apartado 2 del artículo 22 de la Ley 9/1999, de 18 de Noviembre, en la atención educativa y asistencial

del alumnado a que se refiere el presente artículo se favorecerá la participación y colaboración social. A tales efectos, el personal de voluntariado o dependiente de otras administraciones realizará sus funciones en coordinación con el profesorado dependiente de la Administración educativa.

7. La evaluación de los aprendizajes de este alumnado corresponde al profesorado del centro docente en el que esté inscrito. Dado el carácter global, continuo y formativo de la evaluación educativa se tendrán en cuenta los informes que al efecto elabore el profesorado de las Aulas Hospitalarias o del programa de atención educativa domiciliaria.

Artículo 35. Aulas Hospitalarias.

1. De acuerdo con lo recogido en el artículo 21.2 de la Ley 9/1999, de 18 de Noviembre, el alumnado que cursa las enseñanzas obligatorias y no puede asistir al centro docente en el que está inscrito por razones de hospitalización, será atendido en Aulas Hospitalarias durante el tiempo que dure la misma y siempre que sea posible en función de su enfermedad.

2. La Consejería de Educación y Ciencia creará y suprimirá, en su caso, las Aulas Hospitalarias que se precisen para la atención del alumnado a que se refiere el apartado anterior, teniendo en cuenta la permanencia en el hospital de un número suficiente de alumnos y alumnas en edad de escolaridad obligatoria.

3. Cada Aula Hospitalaria estará adscrita a un colegio público de educación primaria de la zona educativa donde se encuentre el centro sanitario donde está ubicada. En el Plan Anual de Centro se incluirá la programación de las actividades a desarrollar en el Aula Hospitalaria, así como todos aquellos aspectos organizativos necesarios para su adecuado funcionamiento, de acuerdo con lo que a estos efectos determine la Consejería de Educación y Ciencia».

En anteriores Informes hemos manifestado que el principal problema para la puesta en práctica de los Programas de atención educativa domiciliaria radica en la dependencia de los mismos de los voluntarios que quieran colaborar con una Organización No Gubernamental a la que la Administración educativa andaluza, mediante un Acuerdo formal de actuación, le ha encomendado la gestión del mismo, dándose la circunstancia de que con bastante frecuencia algunos alumnos precisados de este servicio quedan privados del mismo ante la inexistencia de voluntarios en las zonas o localidades en las que residen.

Por este motivo se ha actuado de oficio por esta Institución en varias ocasiones. En el año 2005 se inició una queja de oficio **-queja 05/880-** con la que quisimos hacer partícipe a la Administración de nuestra preocupación por las reclamaciones que veníamos recibiendo en las que se denunciaban casos de desatención a alumnos y alumnas por carencia de voluntarios. En dicha queja expresamos a la Consejería de Educación nuestra estimación de necesidad de dar un giro a la situación asumiendo la Administración la responsabilidad de garantizar en todo caso la cobertura a estos alumnos en sus necesidades educativas.

Es necesario destacar lo siguiente de la respuesta recibida en aquellos momentos de la Administración:

“(…) a) Previsiones y actuaciones de la Administración tendentes a la dotación de profesorado para la atención domiciliaria:

Es intención de esta Dirección General proponer, en el marco de la planificación de cada curso escolar, el incremento paulatino del cupo de profesorado dedicado a esta función, bien desde las Aulas Hospitalarias, bien mediante la asignación a la Delegación Provincial del profesorado que sea necesario, siempre que exista una demanda que justifique este decisión.

b) Modificaciones previstas en el procedimiento que se viene utilizando:

Esta Dirección General considera que el Acuerdo con la Fundación Save the Children es altamente positivo; no lesiona los derechos de nadie, si bien es un instrumento que no siempre sirve para atender la totalidad de los caos que requieren este tipo de atención, alguno de ellos con características muy singulares. Por este motivo, la modificación que esta Dirección General considera necesario introducir en el Programa es la que ya se ha puesto de relieve en el presente escrito: es preciso incrementar el número de profesorado dependiente de la Consejería, de tal forma que el peso del mismo recaiga más en el personal docente funcionario y menos en el voluntariado, aunque sin descartar la participación de éste en una tarea de las características de la atención educativa domiciliaria.

Finalmente, pongo en su conocimiento que esta Dirección General tiene previsto elaborar durante el presente curso escolar una Orden que regule el programa de Aulas Hospitalaria y Atención Educativa Domiciliaria, actualizando su funcionamiento y concretando determinados aspectos organizativos para mejorar su calidad y eficacia.”

El contenido de este informe fue valorado muy positivamente por esta Institución y propició el archivo de aquella queja de oficio, al considerarse aceptada por la Administración la petición planteada referente a conseguir una mayor, más pronta y óptima atención educativa domiciliaria al alumnado convaleciente por motivo de enfermedad.

No obstante, no pudimos dejar de manifestar a la entonces Dirección General de Participación y Solidaridad en la Educación que, aunque fuese muy encomiable el esfuerzo y la gestión realizadas por la citada Organización “Save the Children”, no debía olvidarse la obligación legal existente de que la atención educativa domiciliaria fuera realizada de forma personalizada y por personal docente dependiente de la Administración Educativa con sus propios medios y recursos, por lo que esta responsabilidad no podía ser suplida por personal voluntario de una organización no gubernamental.

Es decir, indicamos a la Dirección General que los mínimos debían de cubrirse por el profesorado dependiente de la Consejería de Educación, puesto que el personal voluntario no podía suplir al profesor aunque fuera un personal con la debida preparación y cualificación.

Pues bien, traemos a colación este relato para situar en su debido contexto la narración de la nueva actuación de oficio que tuvimos que iniciar en 2008, referenciada

con el número de **queja 08/2885**, actuación que pone de manifiesto la pervivencia de los problemas existentes para asegurar la debida cobertura de las plazas destinadas a la atención educativa domiciliaria, ante la indecisión de la Administración de solventar estos problemas recurriendo al personal docente propio.

En efecto, a través de diversos cauces (medios de comunicación, denuncias de afectados, de comunidades educativas, etc), tuvimos la oportunidad de conocer los problemas de falta de atención educativa de una serie de alumnos que por razones de enfermedad se veían impedidos de asistir a clase y, por tanto, de continuar normalmente sus estudios.

En este sentido, las noticias señalaban que 26 niños y niñas enfermos, residentes en distintas zonas de la provincia de Córdoba, se quedaron sin atención educativa en el año 2007, lo que representaba, a grosso modo, un total del 45,61% del total de la demanda.

La causa de esta disfunción, siempre según las señaladas fuentes informativas, se encontraba en la falta de personal voluntario disponible para participar en el programa de atención a este alumnado.

En relación con los hechos señalados, se ha de tener presente que el programa de atención domiciliaria que lleva ya aplicándose en Andalucía desde hace bastantes años, ha sido desde sus comienzos objeto de un especial seguimiento por parte de esta Institución, por afectar a un colectivo que entendemos precisa de apoyo al encontrarse en situación de desfavorecimiento frente al hecho educativo.

Así las cosas, y por lo que respecta a la posible causa de los hechos denunciados, -falta de voluntarios- esta Institución se reafirmaba en la consideración, tal y como desde esta Defensoría hemos tenido ocasión de señalar en otras actuaciones, que, a nuestro juicio, la atención educativa domiciliaria a los alumnos enfermos de larga duración debe entenderse incluida dentro del servicio educativo básico, como medida compensatoria cuya prestación en las debidas condiciones, y para todos los alumnos y alumnas que lo precisen, y por lo tanto, debe quedar plenamente garantizada por la Administración.

El recurso al voluntariado, o a las Organizaciones No Gubernamentales, como fórmula para la prestación de este servicio, debe contemplarse como una solución meramente coyuntural, pensada para solventar carencias de personal docente, pero no como una fórmula permanente o definitiva de prestación del servicio.

En este contexto, y conforme a lo establecido en la Ley reguladora del Defensor del Pueblo Andaluz y la Ley de los Derechos y Atención al Menor en Andalucía, se acordó incoar de oficio –como decimos- un nuevo expediente de queja, y como primera iniciativa se solicitó a la Delegación Provincial de Educación de Córdoba un informe acerca de la realidad de los hechos que motivaban la queja, así como acerca del nivel de prestación del servicio de atención educativa domiciliaria a alumnos convalecientes en la provincia de Córdoba, especificando si el mismo atendía todas las peticiones -debidamente justificadas- que se le presentasen, y en caso negativo las causas, así como las actuaciones a desarrollar, para corregir esta situación.

En el mes de Julio de 2008 se recibió un informe de la referida Administración, en el que nos daban traslado de los datos que figuraban a fecha del final del curso en dicha Delegación Provincial sobre atención educativa domiciliaria al alumnado con problemas de salud.

En este sentido, la Administración educativa afirmaba en su informe textualmente lo siguiente:

“Alumnado atendido por el profesorado de la Delegación de Educación: 16 alumnos/as. Alumnado atendido por el voluntariado de Save The Children: 14. Alumnado pendiente de atender, según posibilidades, por pertenecer educación infantil o periodos muy cortos de asistencia domiciliaria, no contemplada su atención en Instrucciones: 5. Alumnado pendiente de confirmación para atender por causas personales, familiares, absentismo, embarazos, intervenciones hospitalarias y otras, ajenas a la Delegación Provincial y Save The Children: 9. Alumnado en proceso de tramitación: 3. Total Alumnado: 47”.

Tras ello, la Delegación Provincial de Educación de Córdoba finalizaba manifestando:

“Como puede observar, los datos que figuran en esta Delegación Provincial no se corresponden con los publicados en el Diario de “...” el día 16 de junio de 2008. En caso de ser de su interés, quedan a su disposición cuantos informes disponemos sobre Atención Educativa Domiciliaria”.

Tras analizar la información remitida por la Administración, no quedaba suficientemente aclarado el nivel de prestación del servicio de atención educativa domiciliaria a alumnos convalecientes en la provincia de Córdoba, objeto de nuestra actuación de oficio, dado que, en principio, de los 47 alumnos que constaban en la Delegación Provincial como peticionarios de ese derecho educativo, -según los datos facilitados a fecha 27 de Junio de 2008-, únicamente estarían siendo atendidos 30, sin que se nos participasen las causas por las que el resto de alumnado estaba pendiente de atender, ni se nos concretasen las actuaciones a desarrollar para corregir esta situación.

En cualquier caso, pudimos igualmente considerar que el problema denunciado no tenía por qué circunscribirse únicamente al alumnado precisado de atención educativa domiciliaria de la provincia de Córdoba, que era el ámbito que recogía la crónica periodística objeto de nuestra atención, sino que esta misma problemática podría estar planteándose igualmente en otras provincias andaluzas.

En consecuencia con lo anteriormente expresado, y ante estas circunstancias, se estimó que el asunto habría que tratarlo desde una perspectiva globalizada, y con carácter general. A la vista de ello, procedimos a dar por concluidas nuestras actuaciones con respecto a la citada Delegación Provincial de Educación de Córdoba, al ser en ese caso un tema que, efectivamente, rebasaría las competencias de una Delegación Provincial concreta, y nos dirigimos a la actual Dirección General de Participación y Equidad en Educación, de la Consejería de Educación, dándose traslado a dicho organismo de los hechos que motivaron la apertura de esta queja de oficio y de todo lo actuado hasta entonces en el expediente, solicitando información específica sobre la situación global en cada provincia de Andalucía, sobre los siguientes extremos:

- Nivel de prestación del servicio de atención educativa domiciliaria a alumnos convalecientes, con especificación de cada provincia andaluza.

- Ámbito cuantitativo de atención a dicho alumnado, en base a las peticiones que se presentaban.

- Y, en caso negativo, que se nos indicasen las causas de esa situación de desatención, así como las actuaciones a desarrollar para corregir esas situaciones.

En el mes de Noviembre de 2008 se recibió el informe solicitado a la Dirección General de Participación y Equidad en Educación, en el que nos daban cuenta de las intervenciones realizadas por la Consejería de Educación para ofrecer la atención educativa domiciliaria al alumnado de entre 6 y 16 años de edad, que por razones de enfermedad se encontraba convaleciente en sus domicilios, y se nos trasladaba un cuadrante referente a los datos obtenidos durante el curso 2007-2008, en el que se recogía la distribución cuantitativa localizada por provincias y por los agentes que intervenían.

Del análisis del contenido de dicho informe se comprobaba que, en efecto, había una evolución positiva en la cuestión planteada, e igualmente se constataba otro aspecto importante de la cuestión: la preocupación de Administración educativa por conseguir que el alumnado afectado permaneciese en contacto con su centro docente mientras durase la convalecencia de su enfermedad para poder proseguir así sus estudios con cierta normalidad.

Asimismo, se incidía en la participación en el Programa de atención domiciliaria de una Organización no gubernamental, como colaboradores sociales para la atención de este alumnado a través del voluntariado, personal al que se le otorgaba una función de coordinación, siempre en el plano auxiliar, con el profesorado dependiente de la Administración educativa.

Sin embargo, de la información remitida por la Dirección General se apreciaba igualmente que, a pesar de esos avances, -continuados en el tiempo si nos remitimos a las primeras actuaciones llevadas a cabo por esta Institución-, aún existían carencias en la implantación del sistema, si bien coyunturales, (determinadas zonas geográficas de Andalucía lejanas a las capitales de provincia, zonas de sierra, etc), en donde el principal escollo es la dificultad de encontrar personal voluntario para llevar a cabo esta atención educativa domiciliaria.

Ante ello, y aun cuando no podíamos deducir la existencia de irregularidades “per se” en la actuación de la Administración ante la problemática planteada, e incluso se habían aceptado los planteamientos formulados desde esta Institución, no obstante, no podíamos dejar de manifestar a dicha Dirección General que, si bien valorábamos positivamente las actuaciones que dicha Administración venía realizando para la mejora de los tiempos y de la calidad de la atención educativa domiciliaria que se ofrecía a los alumnos afectados, estimábamos que los planteamientos que formulábamos en nuestro escrito de petición de informe, y que eran la base de esta queja de oficio que comentamos, continuaban siendo válidos porque venían motivados por la preocupación de esta Institución por las situaciones anómalas que se venían produciendo en el Programa de Atención Educativa Domiciliaria.

Estas disfunciones que observábamos se habían podido constatar tras las denuncias que los padres afectados se habían visto obligados a formular. A su vez, debía quedar meridianamente claro que desde esta Institución lo que únicamente se pretendía –sin entrar en otras consideraciones–, era corregir las mismas para conseguir la óptima atención educativa del alumnado afectado.

Por ello, insistimos a la Administración en la estimación de que, aunque igualmente destacábamos el esfuerzo y la gestión de la citada Organización no gubernamental, no podíamos olvidar la obligación legal existente de que la atención educativa domiciliaria debía ser realizada de forma personalizada y por personal docente dependiente de la Administración educativa con sus propios medios y recursos, por lo que esta responsabilidad no podía ser suplida por personal voluntario de una organización no gubernamental.

Es decir, que tuvimos que incidir en que esta atención educativa había de cubrirse por el profesorado dependiente de la Consejería de Educación, pues, a nuestro entender, el personal voluntario no podía suplir al profesor aunque fuese un personal con la debida preparación y cualificación, y aun cuando sea totalmente loable, y según parece, no prescindible por el momento, la función de colaboración auxiliar y de compromiso social que vienen prestando estos voluntarios para la atención del alumnado que precisa atención domiciliaria.

En consecuencia, se formuló una **Recomendación** a la Dirección General de Participación y Equidad en Educación en los siguientes términos:

“Que en aquellos casos en los que no sea posible conseguir atención educativa domiciliaria para un determinado alumno o alumna, por personal docente dependiente de la Administración educativa andaluza, o por personal voluntario de una organización no gubernamental, se adopten las medidas técnicas, organizativas, o de cualquier otra índole necesarias, en orden a garantizar la efectividad del derecho a la atención educativa de este tipo de alumnado, habida cuenta la obligación legal de atender a su alumnado que incumbe a la Consejería de Educación”.

Al cierre de redacción del presente Informe nos encontramos a la espera de una respuesta sobre la aceptación o no de la referida Recomendación, de todo lo cual daremos cuenta en posteriores informes.

SECCIÓN SEGUNDA: XII.- ADMINISTRACIONES ECONÓMICAS

2.3.1. Entidades financieras y aseguradoras

Un asunto que viene preocupando a esta Institución por las repercusiones sociales y económicas que conlleva, y del que ya dimos cumplida cuenta en el pasado Informe Anual, es el de las operaciones de reunificación de deudas a través de empresas intermediarias entre el consumidor y las entidades financieras.

En efecto, como consecuencia de la situación de crisis por la que atraviesan muchas economías domésticas, que encuentran grandes dificultades para llegar a fin de mes ante el incremento de la cantidad mensual que deben abonar a los bancos y financieras para hacer frente al pago de su vivienda habitual y otros gastos incluso de primera necesidad, gran número de familias se han visto obligadas a acudir a la fórmula de “reunificación de deudas” como solución a sus dificultades de liquidez.

La mayoría de estas empresas no son entidades bancarias, y de ahí que no estén sujetas a la supervisión del Banco de España, ofreciendo a la clientela los servicios de intermediación entre las entidades bancarias donde tienen los préstamos a cancelar y las entidades a las que se solicita la nueva financiación.

El problema que se puso de manifiesto es que determinadas empresas dedicadas a estas operaciones venían utilizando prácticas irregulares y contrarias a los intereses de los consumidores, incluyendo cláusulas abusivas en las operaciones que se contratan, como la renuncia al propio fuero o la penalización por rescisión del contrato; así como una publicidad engañosa sobre la actividad que prestan, sobre el coste de las operaciones que realizan y sobre las cantidades de cuotas a satisfacer, alimentando una idea de facilidad que no se corresponde con la realidad.

La proliferación de estas prácticas fraudulentas nos obligó a hacer en el anterior Informe Anual una llamada de atención acerca la falta de controles adecuados sobre estas empresas y a reclamar, al igual que había hecho el Defensor del Pueblo Estatal, que las mismas fueran objeto de una pronta regulación que las sometiese a una fiscalización similar a la de las entidades financieras.

No obstante, comprobando que la situación no experimentaba cambios notorios pese a nuestro llamamiento, y estimando que las autoridades competentes en materia de consumo debían ser las responsables de vigilar, controlar e inspeccionar el funcionamiento de estas empresas, se ordenó la apertura de queja de oficio –**queja 08/1833**- a fin de comprobar la veracidad de los hechos denunciados y, en última instancia, conocer la realidad del problema y proponer soluciones al mismo.

Recibido el informe solicitado de la Dirección General de Consumo, dependiente de la Consejería de Gobernación, se nos pusieron de manifiesto las actuaciones seguidas por dicha Administración en materia de reunificación de crédito.

Así, se nos indicaba que desde el 1 de Enero de 2007 el citado organismo había recibido una única denuncia por un servicio de reunificación de crédito, que fue archivada al no detectarse infracción en materia de consumo.

Posteriormente se habían recibido 10 denuncias contra empresas de intermediación de créditos, de las cuales 4 se habían archivado, 4 estaban en fase de estudio y 2 estaban siendo objeto de procedimiento sancionador.

Asimismo, informaba la Dirección General de Consumo acerca de la Campaña de Inspección desarrollada durante el año 2007 sobre Entidades de Crédito, incluyendo empresas financieras de intermediación y prestamistas.

Por lo que hace al objeto concreto de nuestra investigación, las empresas financieras, según indicaba el informe se habían levantado 79 actas, correspondiendo al 30% del total de la campaña, siendo 36 el número de actas con infracciones (29 en el caso de intermediarios de crédito, 3 en empresas prestamistas y 4 en otros servicios financieros).

Respecto a los productos financieros objeto de inspección se incluían préstamos personales, préstamos hipotecarios, intermediación de crédito, cuentas corrientes, créditos rápidos, reunificación de créditos y otros servicios bancarios. En concreto, del informe se deducía que sólo se habían realizado 2 inspecciones a operaciones de reunificación de crédito, presentando ambas irregularidades.

Finalmente señalaba la Dirección General de Consumo que durante el año 2008 se estaba desarrollando una campaña con objetivos similares pero con mayor énfasis en las empresas financieras, si bien no aporta más datos al respecto.

Analizado el informe recibido, consideramos necesario trasladar a la Dirección General de Consumo diversas consideraciones en relación con el contenido del mismo.

Así, en primer lugar y en relación con la normativa reguladora de la actividad de reunificación de deudas, le hicimos ver que desde distintas instancias se viene haciendo una llamada de atención sobre la proliferación de la actividad desarrollada por entidades no financieras que ofertan créditos y su importancia creciente en la economía del país, sin que exista una normativa específica que regule dicha actividad, ya que ésta viene referida tradicionalmente a las entidades de crédito convencionales.

La normativa aplicable resulta fragmentaria e incompleta y únicamente se refiere a aspectos genéricos de la protección de consumidores y usuarios.

A este respecto, el Consejo de Ministros acababa de aprobar un proyecto para regular el citado mercado. En el mismo se incluían unas disposiciones generales y otras particulares que afectaban a los dos subtipos de actividades que regula: la de intermediación profesional para la celebración de contratos de préstamo o crédito y la de contratación de créditos con garantía hipotecaria.

Del citado proyecto es de destacar que esta actividad sigue quedando excluida del control del Banco de España y demás autoridades monetarias y financieras, para dejarla bajo el ámbito exclusivo de consumo. Asimismo, deriva esta competencia territorial a las diferentes Comunidades Autónomas, por lo que cada una de ellas podrán establecer normativas específicas diferentes.

A este respecto, el Defensor del Pueblo, en su informe correspondiente a la anualidad 2007, se había manifestado disconforme con el contenido del anteproyecto de ley, considerando que la naturaleza jurídica y operatividad en el mercado de las operaciones de reunificación de deudas les hacían asimilables a los productos y servicios financieros.

Por otro lado, recordamos a la Dirección General de Consumo que la Constitución española, en su artículo 51, encomienda a los poderes públicos garantizar la defensa de los consumidores y usuarios, debiendo proteger, mediante procedimientos eficaces, entre otros, los legítimos intereses económicos de los mismos. La misma garantía se contiene en el artículo 27 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, remitiendo a la ley los términos en que haya de hacerse efectiva.

En este sentido, la Ley 13/2003, de 17 de Diciembre, de Defensa y Protección de los Consumidores y Usuarios de Andalucía, destaca en su Exposición de Motivos que, dentro de la actuación administrativa de protección de los consumidores, un aspecto capital es el del control e inspección:

«Esta actividad administrativa es imprescindible, no ya fundamentalmente para sancionar las infracciones a la normativa protectora de los consumidores y reaccionar ante las situaciones de riesgo con medidas no sancionadoras, sino, antes que todo eso, para evitar que se produzcan las infracciones y los riesgos. Por eso, el capítulo dedicado al control e inspección destaca que la actividad de inspección no ha de identificarse con la actividad previa y preordenada exclusivamente al procedimiento sancionador, sino que tiene otras funciones.»

El artículo 42 de la misma Ley remite a las Administraciones Públicas con incidencia en consumo el desarrollo de las inspecciones necesarias para vigilar y garantizar que quienes producen, distribuyen o comercializan bienes o servicios, o quienes colaboran con aquellos, cumplan los deberes, prohibiciones y limitaciones establecidos por la ordenación de los distintos sectores de actividad cuya inobservancia pueda lesionar los intereses generales protegidos por esta Ley.

Por su parte, el artículo 42.3 establece que la Inspección de Consumo de la Junta de Andalucía desarrollará su actividad, preferentemente, en la fase de comercialización, para comprobar que se cumplen los deberes, prohibiciones y limitaciones establecidos directamente para la protección de los consumidores.

Asimismo, el artículo 55 prevé que los órganos competentes en materia de consumo realizarán estudios, y la posibilidad de publicitar sus resultados, en orden de la eficaz protección de los intereses de los consumidores.

La Ley presta especial atención a las potestades no sancionadoras de la Administración para evitar situaciones de riesgo para los derechos de los consumidores, incluyendo las que deriven de servicios y para algunas que afecten gravemente a los intereses económicos de los consumidores. Así, establece el artículo 61 que ante situaciones de lesión real de los intereses económicos y sociales de los consumidores o de su derecho a la información, los órganos de defensa del consumidor podrán imponer condiciones previas, suspender o prohibir las actividades, ofertas, promociones, ventas o suministros de bienes o servicios cuando haya fraudes o falta sustancial de las informaciones obligatorias o incumplimiento de la normativa aplicable.

Por todo lo anterior, vista la normativa de aplicación en materia de consumo, a la que finalmente quedará adscrita la actividad desarrollada por las entidades no financieras que ofertan créditos mediante la fórmula de reunificación de deudas y tomando en consideración la especial incidencia que esta actividad estaba teniendo en las economías domésticas particularmente y en el mercado económico general, no

pudimos por menos que señalar a la Dirección General de Consumo que nos parecía muy escasa la actividad inspectora desarrollada –sólo 2 inspecciones-, por lo que debíamos concluir que se hacía necesario un plan de inspecciones adecuado para poner freno a los abusos que se venían denunciando y para prevenir la proliferación de estos casos.

En consecuencia, de acuerdo con lo establecido en el art. 29.1 de la Ley 9/1983, de 1 de diciembre, del Defensor del Pueblo Andaluz, consideramos oportuno formular las siguientes **Recomendaciones**:

*«**Recordatorio:** De los deberes legales contenidos en los Artículos 42, 55 y 61 de la Ley 13/2003, de 17 de diciembre, de Defensa y Protección de los Consumidores y Usuarios de Andalucía*

***Recomendación:** Que por parte de la Dirección General de Consumo se ordenen las instrucciones precisas a fin de planificar de forma sistemática las inspecciones que se consideren oportunas sobre las entidades de intermediación de créditos y los productos de reunificación de deudas que ofrecen a fin de garantizar la protección de los consumidores y evitar situaciones de riesgo para sus derechos.*

***Recomendación:** Que por su parte igualmente se efectúen los estudios necesarios acerca de este tipo de productos y de las empresas prestadoras de los mismos y se ordene la adecuada publicidad de sus resultados, a fin de que los consumidores dispongan de información fiable acerca de las obligaciones de transparencia e información que han de cumplir estas entidades y de los requisitos exigibles a los contratos que instrumenten las operaciones de reunificación de deudas.»*

A la fecha de redacción del presente Informe aún no hemos obtenido respuesta de la Dirección General de Consumo a esta Resolución pese a que la misma le fuera trasladada con fecha 30 de Julio de 2008.

SECCIÓN SEGUNDA: XIII.- POLÍTICAS DE IGUALDAD DE GÉNERO

2.2.3. El uso de uniforme sexista en Clínica médica concertada.

A lo largo del año 2008 numerosos medios de comunicación social se hicieron eco de la denuncia presentada por varias empleadas del Hospital San Rafael de Cádiz, ante la sanción económica (retirada del plus de productividad) que les había impuesto la empresa por negarse a vestir parte del uniforme de la empresa, concretamente falda corta y blusa de escote bajo.

Al parecer, en la revisión del último convenio laboral de Agosto de 2007, las trabajadoras habían acordado con la empresa la necesidad de actualizar los uniformes para adaptarlos a la nueva normativa en materia de igualdad en las cuatro clínicas de esta empresa en la provincia, porque en todas ellas las enfermeras, auxiliares y limpiadoras han de vestir falda en lugar de pijama sanitario. A este respecto entendían que los criterios para escoger un atuendo u otro deberían estar basados en la eficiencia, comodidad, higiene y ergonomía, y no en cuestiones estéticas que al final derivaban en una vestimenta incómoda, inapropiada y nada funcional para el ejercicio de sus funciones de atención a los pacientes.

De acuerdo con las fuentes periodísticas, la Delegación Provincial de la Consejería de Salud en Cádiz había solicitado informe a la gerencia de la Clínica sobre la denuncia formulada por las empleadas, petición que al parecer todavía no había sido atendida.

Se señalaba igualmente que personal de la Consejería de Empleo de la Junta de Andalucía, en visita de inspección a la clínica, se había entrevistado con el director del centro y con la presidenta del comité de empresa, al objeto de recabar información que les permitiera esclarecer la existencia de posibles infracciones en el ámbito laboral.

Por parte de esta Defensoría se consideró que estos hechos podrían estar relacionados con la prohibición de discriminación y con la encomienda a los poderes públicos del deber de promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva (artículo 14 y 9.2 de la Constitución Española respectivamente).

Teniendo en cuenta dichas consideraciones, procedimos de oficio a la apertura de la **queja 08/1399**, con objeto de esclarecer la veracidad de los hechos, según habían sido publicados por los medios de comunicación y, en su caso, conocer las medidas adoptadas por los Organismos Públicos competentes en atención a los mismos.

La Consejería de Empleo nos informó que la actuación de la Inspección de Trabajo sobre la empresa devino en Acta por infracción del artículo 17.1 del Real Decreto Legislativo 1/95 de 24 de Marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (discriminación adversa en las condiciones de trabajo por razón de sexo) con propuesta de sanción 6.251€, dándose traslado a la Jurisdicción laboral a efectos de posibles indemnizaciones.

En cuanto a la repercusión del tipo de vestuario sobre la seguridad y salud laboral, habiéndose constatado que no existía consulta con la representación de los trabajadores, por parte de la Consejería de Empleo se requirió a ello, llegándose a la conclusión de que las vestimentas se consideraban aptas para las funciones a desempeñar.

Por su parte la Consejería de Salud nos informó que tras tener conocimiento de los hechos descritos en la queja de referencia, a instancia de la Consejera se solicitó información a la empresa responsable del Hospital San Rafael, constatando que la atención sanitaria prestada a la ciudadanía no se estaba viendo afectada por el conflicto. No obstante lo anterior, se había llevado a cabo una actuación coordinada entre las Consejerías de Igualdad y Bienestar Social, Salud y la Consejería de Empleo, asumiendo ésta última toda la responsabilidad sobre medidas a adoptar en materia de inspección laboral.

Los meses transcurrían y el conflicto seguía captando titulares en los principales medios de comunicación social. La prensa daba cuenta de las acciones judiciales ejercidas por una de las afectadas y presidenta del Comité de Empresa, ante lo que consideraban una imposición contraria al principio de igualdad y no discriminación en el ámbito laboral. Otras crónicas periodísticas hablaban de nuevas sanciones impuestas a las trabajadoras por seguir negándose a usar el uniforme.

Nuestra actuación de oficio sobre el tema en cuestión tenía su fundamento en la necesidad de conocer las medidas que se estuvieran adoptando desde los Organismos Públicos competentes en atención a los mismos por la posible vulneración del derecho a la igualdad y no discriminación laboral por razón de sexo.

De la información suministrada por los Organismos Públicos consultados, así como del resto de la documentación obrante en este expediente de queja –dossier de prensa con todas las noticias publicadas en los últimos meses, escrito de los representantes sindicales de UGT y SATSE, e incluso reunión de las trabajadoras afectadas con el Defensor del Pueblo Andaluz acompañadas de la Secretaria de la Mujer de CCOO- se desprendía que la actuación de los Organismos Públicos consultados fue ajustada a derecho, toda vez que se iniciaron actuaciones conducentes al esclarecimiento de los hechos, que se garantizó el respeto a los derechos de los pacientes del Centro Hospitalario, y que se adoptaron las medidas previstas en la normativa vigente en materia de inspección laboral y comunicación judicial a efectos de posibles indemnizaciones, de acuerdo con lo previsto en la Disposición Adicional Decimotercera nº 4 de la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de Marzo, para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

En consecuencia, procedimos al cierre de este expediente de queja por no apreciar irregularidad en la actuación de la Consejería de Empleo y la Consejería de Salud en el conflicto que enfrenta a las trabajadoras con la clínica San Rafael. Todo ello sin perjuicio del resultado, en sede judicial, de las acciones ejercidas por las afectadas en defensa de sus derechos.

SECCIÓN SEGUNDA: XIII.- POLÍTICAS DE IGUALDAD DE GÉNERO

2.4. Salud: mujeres afectadas de Endometriosis.

La Asociación de Afectadas por Endometriosis de Cádiz nos remitía la **queja 07/260** solicitando nuestra intervención para la búsqueda de soluciones a este grave problema de salud.

La endometriosis es una enfermedad que afecta a un 10% de la población femenina, y una de las principales causas de esterilidad. Se produce cuando el tejido que recubre el interior del útero se encuentra fuera de éste y se extiende, afectando a otros órganos. Esto conlleva la existencia de implantes que tienen la capacidad de crecer y diseminarse por los tejidos adyacentes, dando lugar a la formación de adherencias.

Estas adherencias provocan dolor, muchas veces intenso, durante la menstruación y en diferentes momentos del ciclo menstrual, trastornos intestinales, dolor abdominal, la fatiga y las náuseas son también comunes. La dificultad para superar todos estos síntomas suele derivar en cuadros depresivos.

Pero son los efectos sobre su fertilidad los que más pesan en las afectadas a la hora de exigir medidas urgentes que permitan mejorar sus condiciones de salud. Consideran vital hacer un diagnóstico precoz para tratar de evitar que la endometriosis avance y llegue a destruir algún órgano, ya que hoy en día están tardando entre 5 y 7 años en diagnosticarla.

Ante esta situación, estiman que desde la Administración Sanitaria se deberían plantear la creación de una unidad de referencia de endometriosis en cada provincia compuesta por un equipo multidisciplinar; la elaboración de un protocolo o guía de actuación relativo a la endometriosis; y la eliminación de las listas de espera para Fecundaciones in vitro para las afectadas.

La queja fue admitida a trámite ante la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud, y su tramitación ha derivado en la formulación de una serie de **Recomendaciones** a dicho Órgano administrativo, cuyo contenido y extensión se recogen con mayor detalle en el Capítulo IX de este Informe Anual donde se reflejan las quejas en materia de Salud.

SECCIÓN SEGUNDA: XIV.- TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

2.1. Prestaciones de las operadoras de servicios de telefonía e Internet.

Se trata de una cuestión que preocupa seriamente a la Institución y por cuyo motivo, aunque habitualmente al tratarse de relaciones contractuales de naturaleza jurídico privada, no intervienen los organismos autonómicos (con excepción de los aspectos relacionados con la protección al consumidor cuya tutela corresponde a los organismos locales y autonómicos de consumo –Oficinas Municipales de Información al Consumidor, Juntas Arbitrales de Consumo, etc.-), desde esta Institución informamos ampliamente a los usuarios sobre las vías que disponen para defender lo que consideran sus derechos e intereses legítimos.

Justamente partiendo de ese compromiso con el asesoramiento de la ciudadanía en este espacio, este año hemos reeditado, una vez agotada la primera edición y tras una revisión de sus contenidos, la *Guía de los Derechos de los Usuarios de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC)* en la que ofrecemos información impresa y por vía de Internet sobre los aspectos siguientes:

- Derechos de las personas usuarias de la tecnología de la información y de la comunicación, en el que relacionamos los derechos derivados de las obligaciones de servicio universal, así como los no comprendidos en el concepto de servicio universal (contratación, transparencia entre las relaciones entre operadores y usuarios, facturación, desconexión, cambio de operador, interrupción y suspensión del servicio, etc.); también incluimos en este apartado los derechos relacionados con la prestación de servicios de la sociedad de la información y con el comercio electrónico, los derechos relacionados con la protección y tutela de los datos personales de los usuarios de las TIC, los relacionados con la prestación de servicio de los operadores móviles virtuales, con las Infraestructuras Comunes de Telecomunicaciones (ICT), con la Televisión Digital Terrestre (TDT) y, por último, los derechos de la ciudadanía en sus relaciones con las Administraciones Públicas a través de medios electrónicos.

- Procedimientos para la defensa de los derechos de las personas usuarias de las TIC, donde incluimos las vías procedimentales que pueden utilizar los usuarios o abonados de las TIC para la defensa de sus derechos e intereses legítimos (reclamación ante el Departamento o Servicio de Atención al Cliente de los operadores, y de tramitación de reclamaciones y quejas –ya sean ante el Sistema Arbitral de Consumo, la Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la Información- y denuncias sobre servicios de tarificación adicional), así como la mediación de las OMIC y de los Comisionados Parlamentarios.

- Incluimos, por último, una referencia sobre la normativa más relevante en la materia, direcciones y enlaces de interés de la Administración General del Estado, de la Junta de Andalucía, Comisionados Parlamentarios y Asociaciones de Consumidores y Usuarios.

Sin perjuicio de esa limitada competencia a la que aludíamos para supervisar a las compañías operadoras, sí venimos interviniendo cuando se trata de quejas relacionadas con la prestación de servicios comprendidos dentro del concepto de servicio universal, que son los contemplados como tales por el RD 424/2005, de 15 de

Abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre las condiciones para la prestación de servicios de comunicaciones electrónicas, el servicio universal y la protección de los usuarios.

Asimismo, también intervenimos cuando lo han hecho previamente los organismos autonómicos de consumo dentro de su estricto ámbito competencial.

Así, por ejemplo, en la **queja 07/5065**, acudió a nosotros el presidente de una comunidad de propietarios de una urbanización de Antequera (Málaga) denunciando que después de innumerables llamadas al teléfono de atención al cliente de Telefónica solicitando todo el vecindario la conexión a la red fija de esta compañía en sus domicilios, y después también de intentar contactar con algún responsable de la misma, lo único que habían conseguido es que se les comunicara, en una escueta frase, que lamentaban informarles que carecían de infraestructura suficiente para facilitarles el servicio solicitado. La urbanización, compuesta por 14 viviendas, ejecutadas conforme a la normativa vigente, se encontraba en pleno casco urbano de Antequera, rodeada por otras viviendas que sí disponían de conexión a la red fija telefónica. Por ello, consideraba el presidente indignante esta discriminación pues, por ejemplo, algunos vecinos y vecinas –estudiantes de la UNED- no podían continuar sus estudios al no poder disponer de banda ancha, otros no podían cursar cursos de formación laboral «on line», algún vecino trabajaba en su casa a través de Internet y sus hijos e hijas, cada vez más, necesitaban Internet para sus estudios. Además, las personas mayores no podían usar la teleasistencia.

Tras dirigirnos a Telefónica, se nos comunicó que el Departamento de Ingeniería de la empresa les había indicado que la demora en ejecutar los trabajos se debía a la falta de infraestructura de red en la zona y que la única posibilidad era ofrecer el servicio universal a través de tecnología TRAC, que algunos rechazaban. Finalmente y después de varias actuaciones por parte de esta Institución, Telefónica nos comunicó que para solucionar la falta de red en la zona, habían solicitado al Ayuntamiento de Antequera los permisos necesarios y que, una vez que el Ayuntamiento les autorizara, iban a ejecutar las obras necesarias para dotar de servicios a la zona con la mayor brevedad posible. Por ello, dimos por concluidas nuestras actuaciones al entender que el problema estaba en vías de solución.

Aunque la interesada de la **queja 08/357** presentó la misma por facturación inadecuada de una empresa de telefonía móvil, el motivo real era su disconformidad con el funcionamiento de la Junta Arbitral de Consumo de Andalucía. En concreto, manifestaba que había presentado escrito ante la Junta Arbitral de la Comunidad Autónoma por la forma en que había actuado la Oficina de Consumo de la Junta de Andalucía en Granada por una reclamación contra una operadora de telefonía y que no había contestado en los plazos estipulados en el art. 42 de la Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Tras las diferentes actuaciones que realizó esta Institución, la Dirección General de Consumo, dependiente de la Consejería de Gobernación, nos informó que se habían puesto en contacto con la interesada y con la compañía telefónica para intentar una mediación, por lo que dimos por concluidas nuestras actuaciones al entender que el problema estaba en vías de solución.

También la interesada de la **queja 08/3593** nos denunciaba la actuación, en este caso, de la Oficina Municipal de Información al Consumidor del Ayuntamiento de Motril (Granada) por la reclamación que interpuso contra una compañía de telefonía móvil y que, después de nueve meses, aún no había contestado.

Tras dirigirnos al citado Ayuntamiento, la Delegación Municipal de Salud y Consumo nos informó que la Hoja de Reclamación presentada contra la operadora por la interesada fue tramitada adecuadamente, pues habían remitido dos escritos a la operadora. Ante la respuesta y la documentación remitida, dimos por concluidas nuestras actuaciones al entender que no había existido actuación irregular por parte del Ayuntamiento de Motril.

En la **queja 08/159**, el interesado nos exponía que solicitó, al amparo de la Orden de 11 de Mayo de 2007, por la que se establecen las bases reguladoras de la concesión de incentivos para la incorporación de las familias andaluzas al uso de las nuevas tecnologías, programa de Hogar Digital, en desarrollo del Decreto 100/2007, de 10 de Abril, a la Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa la concesión de incentivo para conexión a Internet, que se resolvió favorablemente.

Transcurridos varios meses desde la resolución favorable, la compañía con la que tenía el servicio telefónico y acceso a Internet todavía no le había aplicado el descuento del importe en los recibos de conexión a Internet. A este respecto, recordaba el interesado que el artículo 20 de la citada Orden establecía que «la operadora destinará el importe del incentivo a aminorar el coste de la conexión a Internet contratada por el beneficiario. Esta circunstancia se reflejará en los correspondientes recibos mensuales emitidos por la operadora». Por ello, en Febrero de 2007, reclamó a la Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa tal circunstancia, pero desde entonces ni le habían contestado ni le habían ingresado cantidad alguna por el concepto reconocido, a pesar de que una gran mayoría de las personas beneficiarias ya lo habían recibido, al menos parcialmente.

Tras dirigirnos a la citada Consejería, ésta nos comunicó que el interesado solicitó y obtuvo una reserva de incentivo en el marco del programa Hogar Digital 2007, con la que contrató la conexión a Internet con la operadora que él seleccionó. La operadora comunicó, a través de su sitio privado en la Web del Hogar Digital, la contratación de una conexión a Internet del interesado, que tuvo lugar el 23 de Junio de 2007. Con ello, el 1 de Julio el interesado formalizó su solicitud de incentivo, que se resolvió positivamente el 26 de Septiembre.

El interesado comunicó, vía correo electrónico, el 12 de Septiembre que la compañía operadora no le estaba facturando correctamente y, tras varias conversaciones con la operadora, que reconoció el error, se comprometió a resolverlo a la mayor brevedad posible. Por ello, durante los meses de Febrero a Junio de 2008 (inclusive), en los recibos de facturación de la compañía operadora se iba a descontar 40 euros en la factura, completando los 200 euros del incentivo, quedando así subsanado el error. Con ello, dimos por concluidas nuestras actuaciones en la queja.

SECCIÓN TERCERA: DE LOS MENORES

9. Menores con necesidades especiales.

Dentro de este apartado destacaremos la **queja 08/1185** que tramitamos a instancias del padre y la madre de una menor, en edad adolescente, en relación con la prestación socio-sanitaria requerida por su hija conforme a la prescripción efectuada por los profesionales del Sistema Sanitario Público.

El matrimonio interesado nos decía en su queja lo siguiente:

“(...) Somos matrimonio y tenemos dos hijas de 17 y 14 años de edad, respectivamente. La menor de nuestras hijas, ..., tiene diagnosticado el siguiente padecimiento de salud mental por parte de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Virgen Macarena de Sevilla: Trastorno del Control de los Impulsos (F63- CIE 10)

Además de dicho diagnóstico el Facultativo Especialista de Área tiene prescrito el siguiente tratamiento para ella:

“... Debido a la situación actual por la que está pasando ... (vagabundeo, intentos autolíticos, absentismo escolar, conductas de riesgo como consumo de tóxicos, alcohol, relaciones sexuales, ...) consideramos que los padres no disponen de habilidades parentales suficientes como para poder controlar y contener esta situación aún habiéndose trabajado con ellos la puesta en práctica de las mismas, Es por ello que vemos conveniente una parentectomía mientras se trabaja de forma paralela con los padres la reincorporación progresiva de la menor al hogar, al igual que se trabaje con la menor en centro en el que esté.

Las características del centro deben reunir la escolarización obligatoria, así como tratamiento terapéutico tanto individual como en grupo ...”

Con este diagnóstico acudimos primero a la Delegación de Salud y allí nos indicaron, verbalmente, que no disponían de ningún centro que reuniera las características que precisaba nuestra hija, y nos aconsejaron que acudiéramos a Protección de Menores.

Tras acudir al Servicio de Protección de Menores, y no sin cierta reticencia, finalmente accedieron a asumir, temporalmente, la guarda administrativa de La niña fue internada en el centro “Dulce Nombre de María” de Málaga, y allí ha permanecido durante aproximadamente 3 meses.

La evolución de la niña en dicho centro ha sido negativa. Ha empeorado en todas las facetas de su comportamiento y adquiriendo hábitos muy nocivos para ella, tales como el consumo de tabaco, lenguaje soez, mayor agresividad física y tendencia avanzada a una mayor promiscuidad sexual.

También la niña se encontraba mal físicamente, descuidada su higiene, y con una avanzada infección de piojos. Su aspecto general era de abandono.

Por otro lado, durante la estancia de la niña en el centro no estuvo escolarizada, supliendo dicha carencia el centro con algunas enseñanzas no regladas, retrasando con ellos sus estudios de 2º de ESO.

La degradación de la situación de nuestra hija motivó el que pidiéramos que cambiaran a la niña de centro (petición efectuada el 22.01.2008) la cual no fue respondida, por lo cual decidimos solicitar el cese de su guarda administrativa, a lo cual sí accedió la Administración de forma inmediata.

Desde el 2 de Febrero tenemos a ... conviviendo de nuevo con nosotros en nuestro domicilio, reiterando su comportamiento anterior e incluso yendo a peor, pues ahora sus amenazas y agresiones son más graves. Nos amenaza de muerte. Sus amenazas son creíbles y tememos por nuestra integridad física y la de nuestra otra hija.

... no atiende a nuestra autoridad paterna, vagabundea, frecuenta malas compañías y manifiesta abiertamente que no teme a la muerte, que quiere suicidarse. En otras ocasiones nos dice que se va a quedar embarazada (En alguna ocasión la hemos tenido que llevar al Hospital por este motivo, para que le suministren la píldora postcoital).

En esta tesitura nos encontramos y es por ello que solicitamos su intervención como Defensor del Menor.

Reclamamos para nuestra hija la atención sanitaria de salud mental a la que tiene derecho. Los especialistas han prescrito para ella determinados cuidados terapéuticos y hasta el momento no han dado respuesta a sus necesidades. Nuestra hija se encuentra en casa sin ningún tratamiento, abandonada a su suerte y con riesgo incluso para su vida (intentos de suicidio) o la de sus familiares. (...)

Tras admitir la queja a trámite solicitamos información sobre la cuestión a la Coordinación del Área de Salud Mental del Área Hospitalaria “Virgen Macarena” de Sevilla. De este informe extractamos lo siguiente:

“(...) Me remito al informe clínico-social ...expedido con fecha 11 de Octubre de 2007, en donde incidimos en la importancia de que la menor fuese ingresada en centro específico para contener sus conductas desadaptativas (vagabundeo, intentos autolíticos, absentismo escolar, conductas de riesgo ...).

Que este centro dispusiera de los dispositivos terapéuticos adecuados para tratar psicológicamente (de modo individual y/o grupal) y psicofarmacológicamente a esta chica.

Una vez superada esta primera etapa de tratamiento, y volviera la paciente al hogar, nosotros estaríamos de nuevo a disposición de y de sus padres para seguimiento terapéutico en nuestra Unidad. (...)

A la vista de la información disponible en el expediente y de la normativa de aplicación, estimamos oportuno trasladar a esa Administración las siguientes consideraciones sobre el presente asunto.

En primer lugar, debemos resaltar el cuadro clínico padecido por la menor (Trastorno del Control de los Impulsos F63- CIE 10), claramente diagnosticado por parte del dispositivo sanitario público de salud mental.

A dicho diagnóstico se llega tras un período de tratamiento en régimen ambulatorio en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, con un pronóstico de la evolución de la menor nada halagüeño en las circunstancias en que se venía produciendo lo cual propició el dictamen clínico del facultativo responsable, efectuado en coordinación con la trabajadora social, prescribiendo la necesidad de separar a la menor de su núcleo familiar de convivencia (parentectomia) procediendo a su internamiento en un centro residencial especializado en el tratamiento de trastornos conductuales.

La prescripción de tratamiento efectuada por el facultativo era clara, y partía de la premisa indispensable de la separación de la menor de sus progenitores, y ello desde la vertiente exclusivamente clínica toda vez que se valoraba que los padres no disponían de habilidades suficientes como para controlar y contener dicha situación, aún habiéndose trabajado con ellos la puesta en práctica de las mismas. Por todo ello, se precisaba el ingreso de la menor en un centro residencial donde podría ejecutarse con garantías de cierto éxito un programa terapéutico con ella. En el informe clínico no se indicaba el período de estancia de la menor en dicho centro aunque habría de suponerse que lo sería hasta el momento en que fuera aconsejable su alta terapéutica.

Es en este momento cuando quiebra la línea asistencial consecuente con el tratamiento sanitario de la menor, toda vez que es la propia Administración Sanitaria prescriptora del tratamiento la que le informa de la indisponibilidad de recursos hábiles para satisfacer dicha demanda.

La vía utilizada para lograr un tratamiento con connotaciones similares al descrito en el documento clínico es la que ya señalábamos en nuestro Informe Especial sobre menores con trastornos de conducta, en donde aludíamos a que en situaciones similares las familias habían de peregrinar de Administración en Administración en búsqueda de tales recursos, encontrando finalmente acomodo su pretensión en el Sistema de Protección de Menores.

Es así que la familia hubo de solicitar del Ente Público de Protección de Menores que asumiese la guarda temporal de su hija, para que dicho Ente Público, supliendo la carencia del Sistema Sanitario, pudiera ingresar a su hija en un Centro de Protección especializado y de este modo se pudiera beneficiar del abordaje de sus problemas conductuales al igual que el resto de los menores internos en dicho centro.

Lamentablemente, el centro escogido por el Ente Público de Protección pareció no adaptarse a las características peculiares de la menor, llegando incluso a tener un efecto contraproducente para ella, siendo éste el motivo por el que los padres solicitaron su traslado a otro centro. Ante la falta de respuesta a esta demanda los padres decidieron solicitar la revocación de la medida de guarda administrativa, retornando su hija al domicilio familiar.

En esta tesitura los padres se encuentran de nuevo con su hija en el punto de origen, con idéntica prescripción clínica que la que obtuvieron con anterioridad y sin que la Administración Sanitaria haya podido ofertarles ningún recurso asistencial

donde abordar los trastornos conductuales de la menor con la especificidad técnica, continuidad y calidad requeridas. A todo esto se añade una situación de la menor muy delicada, con constantes llamadas de atención a modo de episodios de autolisis que hacen verosímil un riesgo cierto de suicidio u otras actuaciones que puedan poner en peligro su integridad física o psíquica.

Así las cosas, se ha de aludir al artículo 43 de la Constitución que reconoce el derecho a la protección de la salud de la ciudadanía. En el ámbito territorial andaluz el desarrollo legal de tal precepto se efectúa, principalmente, mediante la Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía, que en su artículo 6.1.a) establece el derecho de los ciudadanos a las prestaciones y servicios de salud individual y colectiva, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente. Esta normativa no es otra que la Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad, que establece el derecho de los ciudadanos a obtener las prestaciones sanitarias necesarias para la recuperación de la salud perdida, concretándose dichas prestaciones en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, que dispone la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Dicho Real Decreto incluye tanto el diagnóstico y tratamiento de la salud mental dentro del dispositivo de atención primaria, como la atención especializada una vez superado tal nivel, bien fuere en régimen ambulatorio o con el ingreso en un centro sanitario especializado. El artículo 7.5 de la Cartera de Servicios de Atención Especializada incluye el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.

Es en este contexto normativo en el que hemos de analizar la pretendida derivación de la paciente hacia un recurso socio-sanitario de entre los que pudiera disponer el Servicio Andaluz de Salud (como recurso propio, o bien en régimen de convenio o concierto con una Entidad Privada), o bien a los recursos dependientes de otro departamento de la Administración de la Junta de Andalucía, en concreto alguno de los Centros de Protección de Menores que ejecutan programas específicos de trastornos del comportamiento dependientes de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social.

Es por ello que, con la finalidad de salvaguardar la integridad de los derechos de la menor, formulamos la siguiente **Recomendación:**

“ Que se garantice el derecho a la protección de salud de la menor, facilitándole la prestación sanitaria prescrita por los profesionales del equipo de salud mental que la vienen atendiendo.

Que a tales efectos se procure su ingreso en un centro especializado en trastornos de conducta, requiriendo a tales efectos la colaboración -si ello fuera preciso- de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social o, en su caso, de Entidades Privadas que vinieran prestando a los particulares este servicio sanitario especializado ...”

El informe de la Administración Sanitaria señala que tras infructuosas gestiones para conseguir un centro adecuado a las características de la menor en nuestra Comunidad autónoma, el pasado 10 de Junio se procedió a su traslado al Centro

Terapéutico "La Quintanilla" en el municipio de Yecla (Murcia). Dicho centro pertenece a la Fundación Dianova, y realiza programas individualizados de tratamiento para menores con trastorno de conducta y consumo de tóxicos.

Desde su ingreso, los profesionales de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, se han mantenido en comunicación con los responsables de la Fundación citada, que refieren dificultades graves de adaptación de la menor al centro. No obstante continuarán trabajando con el objetivo de mejorar su adaptación y la adhesión al tratamiento.

Continuaba señalando el informe que con el fin de prevenir posibles situaciones de desatención, habida cuenta de la dificultad de la menor para adaptarse al centro en el que está ingresada y la nula capacidad de contención de los padres, desde la USMIJ se han iniciado los trámites para solicitar del Servicio de Protección al Menor la declaración de su situación de desamparo, de tal forma que, en el caso de se produzca la imposibilidad de permanecer en el centro "La Quintanilla" sea posible la solicitud de una plaza en algún centro de protección de menores de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social.

Trasladamos este último informe para alegaciones a los progenitores y éstos no respondieron nuestro requerimiento por lo cual procedimos al cierre de la queja al considerar que el asunto planteado se encontraba en vías de solución.