



## 14. Salud

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

### PARTE GENERAL

#### 1.1. Bioética y salud mental

1.1.1. Introducción	4
1.1.2. El Plan de la Administración Sanitaria: Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMA-A)	6
1.1.3. La atención al bienestar emocional y a la salud mental de la infancia y adolescencia: promoción, prevención y detección e intervención temprana	6
1.1.4. La atención a la salud mental de las personas mayores: una asignatura pendiente	8
1.1.5. La salud mental de los colectivos vulnerables: desafíos comunes	9
1.1.6. La conducta suicida: una epidemia creciente	10
1.1.7. La patología dual: hacia un enfoque integral de salud mental y adicciones	12
1.1.8. La perspectiva de familiares, asociaciones y entidades: reivindicaciones basadas en la experiencia de una labor 24/7	12
1.1.9. Recursos residenciales del sistema sanitario en salud mental o del Sistema de la Dependencia	13

#### 2.1.5. Salud y bienestar

2.1.5.1. Introducción	13
2.1.5.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	14
2.1.5.2.1. Atención Primaria	14
2.1.5.2.2. Tiempos de respuesta asistencial	16
2.1.5.2.3. Atención Especializada	20
2.1.5.2.4. Centros y servicios sanitarios	21
2.1.5.2.5. Prestaciones sanitarias	22
2.1.5.2.6. Políticas de Salud	22
2.1.5.2.7. Derechos de las personas usuarias	24
2.1.5.3. Actuaciones de oficio	29

### ESTE TEMA EN OTRAS MATERIAS

#### Balance

B2.1.3. El bienestar emocional es el centinela de la salud mental	30
B2.1.7. El código postal, a veces, influye más que el código genético	30
B2.1.10. Retrasos preocupantes en los tiempos de asistencia sanitaria	31
B2.3.3. Escuchar y conocer la problemática in situ en las visitas comarcales	31
B2.3.5. Los procesos de mediación para la resolución de conflictos	31
B2.3.7. Hemos continuado colaborando estrechamente con el movimiento social y los agentes sociales	32



<b>1.2. Compromiso del Defensor del Pueblo Andaluz con la igualdad de género y trato</b>	<b>32</b>
1.2.2.1. Situaciones de violencia y discriminación contra la mujer	32
1.2.2.3. Salud y bienestar	33
1.2.2.8. Población femenina reclusa	34
<b>2.1.1. Dependencia y personas mayores</b>	<b>35</b>
2.1.1.6. Servicio residencial	35
2.1.1.2.2. Respeto a la autonomía de la voluntad	36
2.1.1.2.3. La respuesta administrativa en situaciones de vulnerabilidad: diligencia, eficacia y coordinación interadministrativa	37
2.1.1.2.5. El derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de las personas mayores	38
<b>2.1.2. Educación y Universidades</b>	<b>40</b>
2.1.2.1.2.6. Equidad en la Educación	40
<b>2.1.3 Infancia y adolescencia</b>	<b>40</b>
2.1.3.2.3. Infancia especialmente vulnerable	40
2.1.3.2.4. Responsabilidad penal de menores	41
2.1.3.3. Actuaciones de oficio	42
<b>2.2.1. Administración Tributaria, Ordenación Económica y Gobernanza Pública</b>	<b>42</b>
2.2.1.2.3.3. Transición digital	42
<b>2.2.2. Cultura y deportes</b>	<b>44</b>
2.2.2.2.2. Deporte	44
<b>2.2.3. Empleo Público</b>	<b>45</b>
2.2.3.2.2. Personas empleadas del ámbito general de la Junta de Andalucía	45
2.2.3.2.3. Personas empleadas del ámbito sanitario	46
<b>2.2.6. Servicios de Interés General y Consumo</b>	<b>47</b>
2.2.6.1.1. Servicios de interés general	47
2.2.6.1.1.1.2. Personas electrodependientes	48
<b>2.2.7. Sostenibilidad y Medio Ambiente</b>	<b>49</b>
2.2.7.1.1. Actividades sujetas a autorización previa o declaración responsable	49
2.2.7.1.2. Otros focos de contaminación acústica	49
2.2.7.2. Contaminación atmosférica, calidad ambiental, sanidad y salubridad	50
<b>2.2.8. Urbanismo y ordenación del territorio</b>	<b>51</b>
2.2.8.3.2. Disciplina Urbanística	51
<b>2.3.1. Atención a la ciudadanía</b>	<b>51</b>
2.3.1.3. Temática general de las consultas	51
2.3.1.4. Acceso a la información y derechos fundamentales	52
<b>2.3.3. Mediación</b>	<b>55</b>
2.3.3.2.1. Quejas relativas al eje de Personas	55
<b>2.4.1. Personas</b>	<b>56</b>
2.4.1.5. Salud y Bienestar	56



<b>2.4.2. Planeta y Prosperidad</b>	<b>59</b>
2.4.2.3. Empleo Público y Trabajo	59
<b>3.1. Relaciones institucionales</b>	<b>60</b>
3.1.4. Relaciones de colaboración con asociaciones y agentes sociales	60
<b>4.2. Casos de No colaboración. Análisis por bloques temáticos de materias</b>	<b>60</b>
4.2.1.5. Salud y Bienestar	60
<hr/>	
<b>REVISTA DEL INFORME ANUAL</b>	<b>61</b>
<b>La mediación del Defensor del Pueblo Andaluz, un diálogo entre la ciudadanía y las administraciones más cercano</b>	<b>61</b>
<b>Una Defensoría a tu lado: acercando la Institución a las personas</b>	<b>62</b>
<b>La importancia del Tercer Sector como vertebrador de las políticas públicas</b>	<b>65</b>
<b>El derecho de las personas a acceder a una información de calidad. Acceso a la información y derechos fundamentales</b>	<b>67</b>
<b>La Administración Pública en su faceta de empleadora</b>	<b>70</b>
<b>La humanización del sistema sanitario andaluz; innovación normativa y prácticas asistenciales por la dignidad de las personas</b>	<b>71</b>



# Parte general

## 1.1. Bioética y salud mental

### 1.1.1. Introducción

La importancia de dar a la **salud mental** de las personas una atención adecuada como elemento imprescindible del bienestar individual y colectivo es una realidad que ya nadie ignora, hasta el punto de ser concebida como una **necesidad de alcance transversal**, no limitada únicamente a la respuesta que deba darse desde los recursos del sistema sanitario.

Desde esta concepción global y en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) contemplados en la Agenda 2030, garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades requiere tanto acciones del sistema sanitario específicamente dirigidas a la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud mental y el bienestar, como de intervenciones en aquellos otros ámbitos que condicionan negativamente la salud mental y el bienestar de las personas.

El propósito es verdaderamente ambicioso, porque no solo requiere un enfoque sanitario, sino, en un plano más amplio, actuar sobre los factores culturales, medioambientales y de organización social y económica, que por generar desigualdades y entornos de vida hostiles influyen en el deterioro del bienestar y afectan a la salud mental de las personas.

**El bienestar o malestar emocional** se convierte así en un indicador centinela situado en la antesala del problema de salud mental, que centra su campo de actuación en el plano preventivo y proporciona la alerta para una detección precoz de enfermedad, especialmente importante en el momento vital de infancia y adolescencia, así como para las personas con trayectorias vitales sujetas a factores de vulnerabilidad.

En este momento es especialmente apreciable la contribución que aporta la comunidad educativa, los profesionales de los servicios sociales y las entidades del tercer sector.

La escueta expresión **“salud mental”**, por su parte, oculta bajo su manto todo un mundo infinito y, en cierto modo ignoto, de síntomas, diagnósticos, itinerarios asistenciales, tratamientos, pronósticos, evoluciones, desequilibrios vitales y consecuencias diversas en las aspiraciones personales, en las relaciones familiares y sociales y en las realizaciones académicas y profesionales.

De ahí la relevancia de un abordaje temprano y eficaz, con la intervención de dispositivos y tratamientos adaptados al tipo de trastorno y a sus síntomas y con la intensidad y seguimiento precisos.

La incompreensión que a menudo acompaña a las personas alcanzadas por algún tipo de trastorno en su salud mental hace preciso romper el aislamiento tejido en torno a ellas por un silencio ensordecedor y por miradas recelosas, que parecen culparlas por una fragilidad que causa rechazo en una sociedad competitiva, acostumbrada a encumbrar la fortaleza.

Han sido muchas las víctimas, no ya de la quiebra de su salud mental, sino del estigma asociado a la misma. Pero al fin hay esperanza, el velo del silencio ha caído, suavemente rasgado por voces cada vez más unánimes que comparten la importancia de dar visibilidad a la realidad multiforme de la salud mental, por cuya espiral nadie está libre de deslizarse.

**Crear conciencia**, naturalizar esta necesidad, conocer su entidad, detectar sus puntos flacos, ahondar en las opciones de respuesta y sentar las bases que permitan caminar hacia un mejor horizonte, ha sido la contribución pretendida por el Defensor del Pueblo Andaluz en 2023, desde el fundamento de que la atención a la salud mental es, ante todo, un derecho y la convicción alcanzada tras 40 años como Institución de garantía de los derechos humanos de que **no podemos asumir como normal lo inaceptable**.



La defensa de los derechos en el ámbito de la salud mental forma parte ineludible de las actuaciones de esta Institución, cuyas principales carencias y demandas recogemos en los sucesivos **informes anuales**, ofreciendo el testimonio personal que nos confían las personas afectadas, la angustia de su familia más cercana y las reivindicaciones de las asociaciones o entidades que dedican su labor a contribuir a su mejora.

Dentro de las intervenciones específicas, han sido diversos los **informes especiales** y singulares efectuados desde hace muchos años. Entre los primeros podemos citar los monográficos sobre la [situación de la salud mental en Andalucía](#), el centrado en la situación de las [personas con problemas de salud mental internadas en centros penitenciarios andaluces](#), el referido a las [personas drogodependientes en prisión](#) y el general sobre las [personas afectadas por drogas y otras adicciones en Andalucía](#).

De forma tangencial a la salud mental, han sido tratados los efectos perniciosos para personas menores procedentes del acoso escolar y del ciberacoso y de su exposición a la violencia de género, así como el chabolismo y la vulnerabilidad de la inmigración, mayor y menor.

Entre los estudios singulares hemos abordado la necesidad de que la **salud mental infantil y juvenil** sea una prioridad en las políticas públicas, así como el análisis de otros factores con influencia en este ámbito, como el que proviene del acceso de menores a material pornográfico en internet, a los juegos de azar y al consumo de alcohol y la incidencia de la pobreza infantil.

La iniciativa del Defensor en 2023 ha consistido en tender la mano a todos aquellos que deben y pueden aportar la imagen más fidedigna, realista y plural de las bases que precisan bienestar emocional y salud mental, dándoles voz a través de tres foros, partiendo de un concepto trascendental aplicado a la salud mental, el de la bioética, entendida como el conjunto de principios y valores que han de inspirar en este ámbito una respuesta acorde con la dignidad del ser humano como sujeto de derechos.

La jornada inicial, titulada [Bioética y Salud mental: raíces comunes en la atención a los mayores, infancia y adolescencia](#), permitió conocer la visión general de la Administración competente en materia de salud y las políticas públicas dirigidas a la salud mental; obtener la opinión de profesionales que desempeñan su labor en este ámbito; y detectar las necesidades específicas de las personas en las etapas del comienzo y término de su vida, precisadas de instrumentos acordes con dichas etapas vitales.

La segunda jornada, bajo el lema [Bioética y salud mental: desafíos comunes en la población vulnerable](#), quiso hacer patente cómo incide la salud mental sobre las personas sometidas a especiales factores de vulnerabilidad social, en particular, las que viven en entornos desfavorecidos, las que pertenecen a determinados grupos sociales (caso de la población gitana y migrante), o las que han acabado recluidas tras los muros de un centro penitenciario.

La tercera jornada, organizada por Save The Children y la Defensoría de la Infancia y Adolescencia en Andalucía, con la colaboración del Ayuntamiento de Sevilla, se centró en la [Salud mental de infancia y adolescencia en Andalucía](#), ahondando en el bienestar emocional, en los factores preventivos y en el papel que deben desempeñar en este aspecto los profesionales de la salud, de la educación, los responsables de políticas públicas y los niños, niñas, adolescentes y sus familias.

En definitiva, lo trabajado por la Institución en 2023 permite ofrecer algunas conclusiones de conjunto que, partiendo del enfoque y planificación de la Administración sanitaria, se resume en la oportunidad crucial de prevención que puede desarrollarse en la etapa vital de la infancia y adolescencia como momento idóneo en el que asentar unas bases sanas de bienestar emocional e higiene mental; el agujero negro en torno a la salud mental de las personas mayores, cuyos problemas de salud mental son subestimados y deficitariamente tratados; la garantía en derechos sociales que precisan los colectivos más vulnerables, como factor de prevención del trastorno mental secundario a ciertas situaciones de exclusión social; las vivencias de las familias; las reivindicaciones de las entidades del tercer sector; la pesadosa realidad de las conductas autolíticas; y la complejidad del abordaje a la patología dual sin vincular salud mental y adicciones.



## 1.1.2. El Plan de la Administración Sanitaria: Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMA-A)

Las manifestaciones de los responsables de la Administración sanitaria demuestran que la salud mental ha dejado de ser el eslabón perdido de la salud, aunque tenga ante sí el reto de un largo y abrupto camino.

El posicionamiento de dichos responsables parte de un llano reconocimiento de las deficiencias en la atención sanitaria a la salud mental, incluida la infradotación de profesionales de sus diferentes perfiles y, por ello, la intención consecuente de dar respuesta a sus necesidades, actuales y emergentes, desde un nuevo enfoque de abordaje, sentando los pilares de un cambio de modelo que enfatice la prevención y la detección precoz, reconfigure sus estructuras y dispositivos y actúe de forma transversal.

El instrumento para ello es el anunciado **Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMA-A)**, previsto para una horquilla temporal de cuatro años, 2024-2028, que además afrontará por primera vez el enfoque conjunto, integrado y coordinado de salud mental y adicciones, con recursos integrales para la atención a las personas afectadas por patología dual.

El PESMA-A será la herramienta básica para el desarrollo de las políticas de salud mental en Andalucía, propiciando un cambio de modelo, estrategias y orientación a **la prevención y planificación en detección, intervención temprana, atención a los suicidios y adaptación a los diferentes colectivos, dentro de la debida perspectiva bioética de respeto a derechos, valores y cuidados.**

El reto expresado es alcanzar una buena salud mental, con énfasis en el diagnóstico precoz y la mejora en la atención y los recursos a disposición de las personas con diagnóstico de salud mental.

El Plan se concibe como un instrumento pragmático, adaptable y en evolución, que fijará objetivos a corto, medio y largo plazo y contará con la metodología que permita evaluar los resultados de sus medidas y acciones, corregir las desviaciones y mejorar las decisiones.

Se define igualmente como un plan que persigue dar transversalidad a la salud mental que, como problema complejo de responsabilidad individual y colectiva, precisa el enfoque desde diferentes ángulos y, con ello, la implicación de todas las instituciones, administraciones, especialmente la educativa, y de entidades e interesados.

Antes de exponer las demandas expresadas por colectivos específicos o en relación con aspectos concretos de la salud mental, hemos de señalar que es petición común en todas las reivindicaciones la que se refiere a la mejora de la ratio profesionales (psiquiatras, psicólogos y de otros perfiles); la petición de un modelo de tratamiento biopsicosocial, que permita un tratamiento terapéutico y no solo farmacológico y un menor consumo de psicofármacos; y las demandas de formación específica en salud mental.

## 1.1.3. La atención al bienestar emocional y a la salud mental de la infancia y adolescencia: promoción, prevención y detección e intervención temprana

Si el descrito es el trascendente cometido que se ha impuesto la Administración sanitaria y la prevención y detección precoz sus instrumentos más destacados, debemos conocer cuáles son los problemas a solventar en el camino emprendido, comenzando por la raíz, es decir, por cómo evitar que la infancia y adolescencia acabe convirtiéndose en una generación de adultos heridos.

Los responsables públicos sostienen que los problemas de salud mental infanto-juvenil constituyen una realidad cuyo incremento cuantitativo se ha constatado, que desborda la capacidad de respuesta del sistema sanitario y hace que no sean idóneos sus actuales instrumentos.



**En datos**, algunas encuestas indican que nuestro país es el territorio de la UE con mayor prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes de 10 a 19 años; que estos trastornos son más frecuentes en la adolescencia; que presentan más prevalencia en niñas que en niños, y que la pobreza es un factor de riesgo para ello.

Algunos estudios e investigaciones también reflejan que la pandemia ha disparado los ingresos de niños y adolescentes en hospitales psiquiátricos; que España es el país donde más ansiolíticos se consumen (11% de la población); que solamente el 36,6 % de los y las jóvenes en España afirma no haber experimentado ningún problema de salud mental en el último año.

Entre los **factores que pueden contribuir a la aparición de enfermedades mentales** en etapas tempranas, los expertos remiten a contextos familiares problemáticos y en crisis; a la familia nuclear y el modelo de padres-amigos; las redes sociales y presión del grupo (narcisismo, envidia social, quiebra en la comunicación, acoso y ciberacoso); los contenidos digitales; los entornos líquidos en las relaciones; las dificultades para gestionar conflictos; la identidad sexual; la soledad no deseada; el fallecimiento de un familiar; la importancia de la imagen corporal, y el consumo de tabaco o drogas.

El refuerzo del bienestar emocional y de la salud mental de la infancia y adolescencia se planifica en el **proyecto del PESMA-A** mediante **dos claves**, la promoción y la prevención. **Y una respuesta**, la detección e intervención temprana.

Se pretende para ello la **transformación del modelo de atención a la salud mental**, reforzando sus estructuras en la respuesta al grupo etario que va de los 8 a los 40 años, identificado como aquel en el que se concentra el mayor riesgo, prevalencia e incidencia de la patología de salud mental. Y dotado de dispositivos adecuados para el tratamiento, reforzando los destinados a dar respuesta a las fases tempranas.

La prevención precisa de **transversalidad** y en este ámbito el PESMA-A ha previsto la **implicación de la comunidad educativa**, asignando un papel central al trabajo en colegios e institutos, tanto de las enfermeras referentes escolares como de todas las personas y entidades interesadas, con acceso de todos ellos a la necesaria formación.

Entretanto ha tenido lugar la aprobación del **Plan Estratégico de Salud de la Infancia y Adolescencia de Andalucía 2023-2027**, publicado por [Acuerdo de 7 de noviembre de 2023, del Consejo de Gobierno](#).

Plan entre cuyas líneas de actuación también se contempla la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia y que suponemos deberá conectarse y coordinarse con las medidas que prevea el plan específico de salud mental y adicciones, el PESMA-A, para evitar el riesgo de caer en una redundancia de estrategias y planes desconectados cuyos resultados no trasciendan del papel.

Entre las **principales demandas** de la respuesta del sistema sanitario público a la salud mental de infancia y adolescencia, se citan las siguientes:

El refuerzo de la intervención de los equipos de salud mental comunitarios que permita dar respuesta a un incremento progresivo de demanda que no es de salud mental en sentido propio, sino que proviene de malestares de la vida cotidiana de los menores y sus familias, o de síntomas aislados subclínicos, no patológicos, que se enmarcan en un proceso evolutivo normal o provienen de carencias familiares, que solo necesitan de habilidades de autogestión y no de un diagnóstico ni de un tratamiento, ni merecen derivación.

Profesionales del ámbito comunitario señalan que el incremento de las demandas de atención sanitaria tiene fundamento en la falta de acompañamiento y escucha a los menores desde el mundo adulto y que esta demanda no clínica resta la atención adecuada a la que sí lo es.

En el plano preventivo destacan el papel de las Unidades de Salud Mental Comunitaria en el desarrollo de programas de atención comunitaria, actividades preventivas y de promoción de la salud, de cuidado, de rehabilitación y apoyo a la integración social

Desde los recursos especializados se alerta asimismo de la saturación de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y se pide flexibilizar los protocolos de intervención de sus profesionales.

En lo alusivo al tratamiento, se expresa la conveniencia de transitar hacia un modelo biopsicosocial, que no se limite al tratamiento farmacológico e incluya terapias.



En el casos de infancia y adolescencia, en conclusión se hace patente que el bienestar emocional y la salud mental es una responsabilidad sobre todo colectiva y social.

## 1.1.4. La atención a la salud mental de las personas mayores: una asignatura pendiente

En relación con las personas mayores el problema es más preocupante, por su vacío, dado que presenta **dificultades en su detección**. La subestimación de síntomas que se achacan a la edad, impiden el posible diagnóstico y tratamiento.

No contamos prácticamente con datos sobre este problema en la Institución, salvo en los casos en que algún vecino, familiar lejano o entidad, alerta in extremis del desvalimiento y riesgo que corre una persona mayor que parece padecer algún trastorno mental y que vive sola, sin recursos, ni capacidad de autocuidado y sin tratamiento sanitario ni apoyo social.

La Administración sanitaria se remite a la existencia de programas no asistenciales, de índole preventiva y de cuidados, que pueden promover la salud en general (también la mental) de las personas mayores: Estrategia de Bioética, Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía, Estrategia de Humanización, o promoción del envejecimiento saludable.

Sin embargo, lo cierto es que **la salud mental de las personas mayores se presenta como la gran olvidada** y que sanitariamente no existe un enfoque particularizado en este tramo vital, que tome en consideración sus características propias, factores de riesgo y necesidades de abordaje de su salud mental. Lo que no deja de ser paradójico y un riesgo, si tenemos en cuenta los porcentajes de personas de este grupo de edad y la mayor incidencia del suicidio consumado dentro del mismo.

En el entorno de los **centros sociosanitarios** tampoco existe un modelo de atención sanitaria que comprenda específicamente la atención a la salud mental de las personas mayores que viven en residencias. De hecho, el sector demanda poder contar con **plazas de psicogeriatría** a disposición de las residencias y la Administración sanitaria reconoce que el enfoque a la salud mental de estas personas debería contar con un proyecto específico, ya que todo el esfuerzo se diluye en la simple atención a la cronicidad.

Debemos recordar que en el ámbito psiquiátrico especializado europeo se considera que la atención a la salud mental de las personas mayores es esencial, en relación con elementos como la atención a las personas cuidadoras, la prevención en salud mental y la cohesión social.

Partiendo de que la **heterogeneidad de las personas mayores** como grupo de edad, supone que sus necesidades de salud están sujetas a abordajes individualizados, ya que no dependen de su edad, sino de la capacidad funcional de cada una, las conclusiones de los expertos son las siguientes:

1. Dentro del peso de los determinantes de la salud, los esfuerzos deben centrarse en la **prevención de los psicológicos y sociales**, que son los más relevantes.
2. En relación con la prevalencia, la **tasa global de enfermedad mental es mayor en la población menor de 60 años** que en la mayor de dicha edad, **con dos excepciones: demencias y trastornos afectivos (depresión, trastornos mentales)**.
3. **Los trastornos mentales son infradiagnosticados, infratratados** y dan lugar a consecuencias más severas, como el suicidio consumado.
4. **Las demencias deben tratarse psiquiátricamente**, no solo como trastorno neurológico, siendo fundamental el **diagnóstico precoz** y la **prevención**.
5. En el **modelo de salud ACP** (atención centrada en las personas), el sistema sanitario ha de ofrecer las herramientas para la toma de decisiones individuales y asunción de la autorresponsabilidad.





6. Es una oportunidad la integración de los **sistemas de salud y de intervención social** y la creación de **espacios sociosanitarios**.
7. **Deben desarrollarse programas específicos de prevención:** del suicidio, del aislamiento/soledad, del duelo, del deterioro cognitivo/demencia y del abuso.
8. En particular, **protocolos de detección del abuso en las personas mayores**.
9. **Formación** de los diferentes perfiles profesionales.
10. **Creación de estructuras asistenciales específicas:** atención a la salud mental de las personas mayores por Atención Primaria y salud mental, a domicilio y en residencias; cuidados intermedios de salud mental a mayores; creación de unidades de hospitalización psicogeriátrica y de unidades de convalecencia y cuidados paliativos dotadas de atención psiquiátrica.
11. **No existe atención psiquiátrica dentro de las propias residencias**, en las que si bien la Atención Primaria cubre los aspectos generales de salud física, es más infrecuente que los Centros de salud mental consideren dentro de sus responsabilidades la atención a los mayores.

## 1.1.5. La salud mental de los colectivos vulnerables: desafíos comunes

La salud en los colectivos vulnerables por factores de riesgo procedentes de sus circunstancias personales, culturales y sociales, tiene que ver con la respuesta que la sociedad ofrezca a estos colectivos.

La población de los centros penitenciarios, las personas que viven en zonas desfavorecidas, las que pertenecen a culturas no predominantes y la población migrante, requieren una respuesta en salud que va más allá del sistema sanitario, al vincularse a su desigualdad en derechos.

Son precisas por ello **políticas públicas que actúen sobre los factores de riesgo** que condicionan el problema de salud mental, desarrollando las acciones para la **reducción de la desigualdad** en todas sus manifestaciones, como propone la Agenda 2030 a través del ODS 10.

Los factores de riesgo que acechan a la salud mental de las **personas en centros penitenciarios** son plurales, dado que provienen de circunstancias previas a esta reclusión (escaso nivel educativo, precariedad laboral, bajo nivel socioeconómico, experiencia de malos tratos familiares, entorno social, drogodependencia y enfermedad mental), así como del propio entorno de privación de libertad.

La población reclusa, mayoritariamente masculina, presenta **altas tasas de enfermedad mental**, con especial presencia del trastorno mental grave, que superan las tasas presentes en la población general, siendo **más elevadas en el caso de las mujeres en prisión**, cuyos trastornos de salud mental ascienden al 85% y son mayores las conductas suicidas por razones vinculadas a la soledad y la privación de su rol de cuidadoras.

Especialmente vulneradora de derechos es la situación de privación de libertad de las personas condenadas por la comisión de un delito, para las que se acuerda el ingreso en un **hospital psiquiátrico penitenciario**, dentro de un sistema judicial inflexible que, por un lado, carece de los recursos de alta supervisión que precisarían quienes han cometido delitos muy graves y, por otro, en los graves, adopta abusivamente "conformidades" a las que, en realidad, es inducido el condenado y que prácticamente se deciden de espaldas a su comprensión y entendimiento.

Todo ello hace especialmente necesario que las personas que se encuentran en centros penitenciarios puedan acceder a un **tratamiento de salud mental adecuado y especializado**, obstando a ello la inequidad generada por la falta de integración de los servicios de salud penitenciarios, de ámbito primario y de los sanitarios especializados autonómicos.

En base a la ausencia de convenio entre el Ministerio del Interior y la Junta de Andalucía para la dispensación por el Servicio Andaluz de Salud de la atención sanitaria especializada, la reivindicación más rotunda es la de **materializar la transferencia de la sanidad penitenciaria**, facilitando entretanto el acceso por los profesionales sanitarios de los cen-



tros penitenciarios a la información de salud de los internos, a través de la **implantación en los mismos de la base de datos de usuarios que contiene la historia clínica**, y protocolizando prácticas de **colaboración interadministrativa**.

Otros aspectos de interés se concretan en la **mejora de los recursos sociosanitarios para la excarcelación** y, de forma relevante, en el tratamiento a **las adicciones**, dentro y fuera de prisión, debido al elevado porcentaje de personas que en el ámbito penitenciario presentan conductas adictivas y patología dual.

Como corolario de todo ello, destaca el importante papel que en el abordaje de la salud mental desempeña la **colaboración del Tercer Sector** con los centros penitenciarios.

La incidencia de la **salud mental de quienes residen en entornos vulnerables**, requiere no caer en el error de concentrar los esfuerzos y recursos solo en la prestación de servicios de tratamiento sanitario, siendo preciso **trabajar sus circunstancias personales**, reforzando vínculos alternativos, como la intervención planificada que ofrecen los profesionales de los servicios sociales, en coordinación con los dispositivos de salud mental especializados y, en particular, con los de salud mental de los menores.

En la **población gitana** la desigualdad social es un factor de inestabilidad en la salud mental que genera depresiones y trastornos de ansiedad, como estigma que se añade al del racismo; siendo también prevalentes las adicciones.

No obstante, la principal necesidad es realizar estudios que permitan obtener los datos sobre la salud mental en la población gitana, hasta ahora desconocidos.

Finalmente, el examen de la incidencia de problemas de salud mental en la **población migrante** reviste interés si tomamos en consideración su peso en nuestra sociedad: el 17,5% de la población que vive en España ha nacido fuera de nuestras fronteras y dentro de este porcentaje un 14% no ostenta la nacionalidad española.

Los expertos destacan que el **duelo migratorio** es un evento estresante o generador de ansiedad, pero no necesariamente patológico y que la persona migrante suele ser una persona sana, por su propia capacidad de abordar este reto vital, con menores tasas de enfermedad mental en origen, así como de suicidio.

La “psiquiatría transcultural” alude no obstante a **diversos factores acumulativos** que afectan a la salud mental de las personas migrantes, como la aculturación, la menor edad de migración y el mayor tiempo de residencia en el país ajeno (inmigrante exhausto).

Este último factor es especialmente relevante cuando el proceso de adaptación conduce a vivir en condiciones sociales y ambientales desfavorables, como las de las personas que viven en asentamientos, segregadas de la vida en sociedad como mera mano de obra sin igualdad de derechos.

Dentro de las **barreras**, se citan las dificultades de la detección precoz por la demanda más tardía de atención sanitaria y la inadecuación de los sistemas occidentales para abordar el diagnóstico y tratamiento de personas con diferentes percepciones culturales y sociales.

La conclusión es el **refuerzo de las políticas públicas encaminadas a superar las desigualdades**, la intervención de **equipos multidisciplinares**, la implicación de las personas afectadas en la **corresponsabilidad** del tratamiento y la **formación** de los profesionales.

## 1.1.6. La conducta suicida: una epidemia creciente

Dentro de la salud mental es obligado reparar en el grave problema de salud pública que representa la **conducta suicida**, por la devastación que produce tanto en la vida de quienes atentan contra sí mismos, como en la de sus seres queridos, arrasados bajo el peso del dolor de una ausencia traumática, o atemorizados por la incerteza de un nuevo intento.

Las estadísticas nos dicen que las conductas suicidas van en aumento, alzándose como la **principal causa de muerte no natural en nuestro país**, dentro de cuyo contexto Andalucía presenta una tasa (10,28%) que supera en dos puntos a la media nacional, con un total de 800 personas que perdieron la vida por esta causa en nuestra comunidad en el año 2022.



En el **suicidio consumado** más hombres (78%) que mujeres (22%) pierden la vida de este modo, cuyo principal foco de atención debe ponerse en las **personas mayores de 65 años**, que son las que cuentan con una tasa más elevada, sin perjuicio de que el suicidio suponga la principal causa de muerte adolescente.

En los **intentos de suicidio** atendidos en las urgencias de Andalucía en 2022, concretados en 5042 casos, el porcentaje mayor se perpetra por mujeres (67%), siendo del 8% los intentos procedentes de menores de edad y, dentro de estos, por menores en su etapa adolescente.

Estas cifras justifican la importancia de la prevención, la detección a tiempo del riesgo, la actuación diligente de los servicios de atención sanitaria urgente y el diseño de itinerarios de tratamiento accesibles y coordinados.

Esta Institución fue directamente conocedora del desenlace fatal de un intento autolítico abordado en un servicio de urgencias hospitalario, que nos llevó a cuestionar el peso que en la decisión clínica debe darse a las escalas de valoración predictivas del riesgo de autolisis, poco fiables sin la intervención del más autorizado criterio facultativo especializado que corrija sus resultados, y a reflexionar sobre los problemas que presenta el abordaje de esta situación crucial en los dispositivos sanitarios de urgencias, carentes en su afrontamiento de alternativas eficaces a la decisión de ingreso en la unidad de agudos, que permitan canalizar la situación crítica hacia un circuito eficaz de intervención coordinada, para la instauración de un tratamiento adecuado y a tiempo.

El caso particular de la joven pericida en este contexto, cuyas vivencias expresadas por sus padres nos conmovieron, presentaba los elementos precisos para extrapolar la situación analizada hasta alcanzar conclusiones generales sobre la planificación de conjunto y la mejora de las prácticas.

Con esta finalidad el Defensor del Pueblo Andaluz dirigió a los responsables de la Administración sanitaria una triple recomendación ([queja 19/6988](#)):

La **elaboración de un Plan Andaluz de Prevención del Suicidio**, como instrumento de planificación participado, que permita solventar las carencias, fallas, lagunas e insuficiencias actuales en el enfoque de este problema sanitario y social, tanto respecto de las personas que presentan el riesgo como para la atención de las que sobreviven a una experiencia traumática de esta índole.

Dentro del mismo, ofrecer un **enfoque particularizado a la prevención del suicidio en la población infantil y juvenil**.

Y, finalmente, **garantizar la continuidad asistencial en el tratamiento sanitario** a la salud mental, mediante prácticas de mejora en la coordinación y colaboración entre niveles, recursos y dispositivos, que permitan adoptar la respuesta más adecuada y eficaz a episodios agudos, especialmente en los casos de riesgo autolítico.

Los dos primeros objetivos se recogieron en el [Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Andalucía 2023-2026](#), publicado por Acuerdo de toma de conocimiento del Consejo de Gobierno de 27 de junio de 2023.

La puesta en marcha del Programa ha comenzado por la implantación del Código Suicidio, si bien aún no contamos con datos de aplicación, desarrollo, evolución y evaluación de resultados, dada su cercana aprobación.

La **garantía de la continuidad asistencial y el refuerzo de la coordinación y colaboración** en los casos de riesgo autolítico, constituye una meta vinculada a un conjunto más plural de elementos debidamente planificados, como la redefinición del papel de sus recursos y dispositivos, el incremento de la ratio de sus profesionales, la ampliación de perfiles, la reorganización del reparto de roles y funciones entre los mismos, así como la posibilidad de diversificar y singularizar las diferentes tipologías de tratamiento.

Desde la Administración sanitaria se indicaba que esta garantía se estaba aplicando a través de una mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental para incrementar la accesibilidad y la continuidad asistencial, el apoyo de otros actores (movimiento asociativo, Faisem, ayuntamientos, justicia y asuntos sociales), y la incorporación de nuevos profesionales para la coordinación interniveles, como los psicólogos clínicos en Atención Primaria, los Equipos de Tratamiento Intensivo Comunitarios, los referentes de prevención de la conducta suicida, los refuerzos en atención a la salud mental Infanto-juvenil y las enfermeras referentes de centros educativos.

En la intervención inicial frente al riesgo autolítico parece también importante contar con los medios que pueda aportar la **atención urgente del 061**, dado que los centros coordinadores de este servicio en Andalucía señalan que cada año



atienden las llamadas de miles de personas que alertan de su intención o actuación suicida, concretadas en casi 10.000 en 2022.

Para la actuación eficaz en estos casos el grupo de Salud Mental del 061 de Huelva coordinó a finales de 2022 un **protocolo específico** de actuación ante este tipo de conductas, **que aún estando acabado no ha llegado a implantarse**.

El protocolo se basa en la formación de los trabajadores de este servicio, a fin de un adecuado triaje telefónico o de clasificación de las llamadas de suicidio, la activación de la atención inmediata y el seguimiento de los afectados. Además de prever el desarrollo, conjunto y coordinado con los hospitales, de un código de atención al paciente con conductas suicidas.

## 1.1.7. La patología dual: hacia un enfoque integral de salud mental y adicciones

Un aspecto que hasta la fecha ha sido especialmente complejo en la respuesta a las personas afectadas, es el del tratamiento de las que padecen una patología dual, esto es, una adicción de cualquier tipo, normalmente con sustancia, además de la patología de salud mental.

El Plan Estratégico proyectado por la Administración sanitaria ha incorporado las adicciones en el enfoque integral de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMA-A), lo que constituye una auténtica novedad, que esperamos sirva para dar una respuesta eficaz a las personas con patología dual que no la encuentran en el modelo de ámbitos estancos y paralelos actual.

La Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones de la Consejería de Salud y Consumo refiere que el enfoque está centrado en mejorar la calidad y eficiencia en la atención sanitaria a la patología dual, a través de dos instrumentos de coordinación interinstitucional e interprofesional: el acceso de los profesionales de la Red de Adicciones a la Historia de Salud Digital del Servicio Andaluz de Salud y la coordinación con los dispositivos de apoyo de la red pública de salud mental.

No comprende, en cambio, que las funciones asignadas a los facultativos que forman parte de los centros públicos de atención a la drogodependencia, integrados en el Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, se extiendan a funciones propias de los médicos del sistema sanitario público, como la prescripción farmacológica, las derivaciones o la solicitud de pruebas complementarias.

## 1.1.8. La perspectiva de familiares, asociaciones y entidades: reivindicaciones basadas en la experiencia de una labor 24/7

Terminamos recogiendo las reivindicaciones de las familias y entidades del tercer sector, directamente implicadas e interesadas en la salud mental de aquellas personas que padecen un trastorno de salud mental, por la autoridad de una fuente cuya experiencia se basa en una labor, cuidado y dedicación de 24 horas al día los siete días de la semana:

1. El reconocimiento del peso del papel asociativo y con ello la mejora de su financiación y recursos: las entidades son cruciales en la atención a la salud mental, dando un soporte que no puede ser cubierto desde la Administración sanitaria.
2. La mejora en el enfoque específico de la patología dual.
3. La atención a la salud mental de las personas sin hogar, en la que debe potenciarse el trabajo interdisciplinar.



4. La soledad de las familias y la falta de apoyo a las personas que cuidan a seres queridos con problemas de salud mental y, especialmente, las dificultades que encuentran para implicarse en el tratamiento en los casos con objeción de la persona afectada.

## 1.1.9. Recursos residenciales del sistema sanitario en salud mental o del Sistema de la Dependencia

Para terminar, añadiremos que nos suscita dudas la delimitación del campo de actuación de los recursos residenciales de salud mental del sistema sanitario público, cuyas plazas de media-larga estancia son muy escasas, en relación con los recursos residenciales de personas con problemas de salud mental, integrados en el Sistema de la Dependencia.

Y ello, porque en ocasiones tenemos la impresión de que la alternativa a los segundos cubre un ámbito que debería tener una intervención específica de los de salud mental del sistema sanitario.

## 2.1.5. Salud y bienestar

### 2.1.5.1. Introducción

El reflejo de cómo ha quedado garantizado el derecho a la protección de la salud, y cada uno de los derechos reconocidos a pacientes y personas usuarias por el artículo 22 del Estatuto de Autonomía de Andalucía en el ejercicio 2023, en las medidas que para su organización y tutela adoptan los responsables del sistema sanitario público de Andalucía, es la visión que pretenden ofrecer estas líneas, desde la perspectiva al alcance del Defensor del Pueblo Andaluz.

A lo largo de su desarrollo **expondremos** los obstáculos de la **Atención Primaria**; las dificultades generadoras de listas de espera y de dilaciones en los **tiempos de respuesta asistencial**; la especial incidencia que provoca en el sistema la **insuficiencia de especialistas**; la pendencia de convocatoria del concurso para la adjudicación de las **Oficinas de Farmacia**. Asimismo, daremos cuenta de la aceptación por la Administración sanitaria de la resolución del Defensor sobre la mejora del **procedimiento de compensación de gastos electricidad por oxigenoterapia domiciliaria**; hablaremos de algunas políticas sanitarias, como la de las **personas afectadas por la talidomida** y la fragilidad de las personas mayores y con discapacidad frente a los **efectos adversos de las olas de calor**; y culminaremos la exposición con algunos derechos específicos de los andaluces y andaluzas, como el de **acceso a la historia clínica** y a la **prestación de la ayuda para morir**.

Es preciso puntualizar que los variados y numerosos aspectos tratados este año nos han obligado a seleccionar únicamente aquellos asuntos que han presentado una mayor relevancia e interés social en 2023, cuantitativa o cualitativamente, relegando algunos otros que no hemos podido incluir y que pretendemos retomar en el ejercicio venidero, tales como cuestiones de salud pública y, dentro de ella, la vacunación; las urgencias y emergencias; el transporte sanitario; la prestación farmacéutica, o la responsabilidad patrimonial.

Puntualizamos, para tener presente toda la información relevante de interés en materia sanitaria, que **en el Informe sobre Infancia y Adolescencia se comprende todo lo que concierne a la salud de las personas menores de edad** y, en particular, a la atención pediátrica. Y aclaramos que, por excepción, el **análisis de la Salud Mental** no se incluye en este capítulo como es usual, compilando su estudio **en el capítulo 1 de este Informe Anual**, dentro de las actuaciones relevantes de 2023, en el que pueden consultarse tanto las demandas formalizadas ante la Institución por la ciudadanía, como las tres Jornadas organizadas por el Defensor del Pueblo Andaluz para analizar las necesidades de grupos específicos de población.



## 2.1.5.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

### 2.1.5.2.1. Atención Primaria

Iniciamos el relato con la **Atención Primaria**, que a lo largo de 2023 ha seguido en la tónica de provocar **quejas por su inaccesibilidad**, procedentes de todas las provincias andaluzas, revelando los problemas que enfrentan los andaluces y andaluzas en algunos distritos sanitarios, zonas básicas de salud, o en centros de salud y consultorios concretos.

Los testimonios recogidos conforman una fuente de conocimiento de enorme valor e interés para esta Institución, contribuyendo de forma decisiva a la formación de un criterio objetivo, imprescindible para el adecuado ejercicio de las competencias del Defensor del Pueblo Andaluz, como garante de los derechos y libertades constitucionales y estatutarios.

La mayor parte de las denuncias individuales se han referido a las **dificultades para la obtención de cita** con el médico de familia (presencial o telefónica), a través de cualquiera de los procedimientos establecidos para ello que, además del tradicional de acudir al centro de salud con dicho objeto, son la aplicación o el teléfono de Salud Responde, así como el teléfono del propio centro de salud.

Ocurre que desde hace mucho tiempo la ciudadanía manifiesta que la última vía (el teléfono del centro de salud), es un instrumento inoperativo, dado que nadie responde las llamadas y ni siquiera se oyen sonar los teléfonos en el centro. Mientras que las otras dos formas de demanda de atención sanitaria están restringidas a la asignación de cita médica cuando existe disponibilidad de agenda en los siguientes 15 días. Como quiera que en muchos centros la demanda lo impide, queda únicamente abierta al paciente la alternativa tradicionalista de desplazarse presencialmente a Atención a la Ciudadanía de su centro de salud, donde le asignarán cita médica ordinaria, cita médica no demorable o le derivarán a la consulta de acogida, en su caso, para que el personal de enfermería a su cargo valore si procede la resolución con la prescripción de cuidados de enfermería o, en su defecto, el nivel de prioridad de la asistencia precisada de atención médica y la canalice, bien de forma urgente, bien asignando cita presencial para consulta no demorable.

En definitiva, un verdadero cambio organizativo en las vías de acceso que conocíamos y transitábamos, urgida por la insuficiencia de personal facultativo en relación con la intensidad de la demanda que, conforme apreciamos, no parece contentar ni a personas usuarias ni a personal médico de este nivel. Esto genera mucha confusión e incomodidad a las primeras e incrementa la presión asistencial de los segundos, dado que a la postre todo lo que es competencia del facultativo y no admite cita ordinaria programada por agenda, acaba derivando en la solicitud de atención no demorable o colapsando las urgencias de Atención Primaria, convertidas de facto en una jornada más de *“pasar consulta”*.

Este proceder provoca asimismo una ruptura del vínculo y de la relación médico-paciente, a la que tantas veces hemos apelado como elemento connatural a la atención sanitaria del ámbito primario.

Un efecto añadido, que simplemente citaremos en esta ocasión, al tener previsto su completo análisis en 2024 a la luz de los informes recabados y de la normativa de aplicación, es el que viene planteándose a esta Institución por las personas que han visto frustrado el acceso a la incapacidad transitoria y perjudicados sus derechos, por la imposibilidad de obtener cita de consulta médica para la pertinente valoración del proceso. Reservamos este asunto a la próxima dación de cuenta parlamentaria.

En el germen de los problemas de accesibilidad, como es notorio, se encuentra la **insuficiencia de los especialistas de Atención Primaria, ya médicos de familia ya pediatras**, que no permiten contar con una dotación completa de las plantillas de determinados centros de salud y consultorios y que dejan expuesto cómo los facultativos que prestan servicio en los mismos se ven en la tesitura de “repartirse” los cupos de otros compañeros cuando sobreviene cualquier eventualidad de la vida ordinaria (jubilaciones, incapacidad transitoria de larga duración, vacaciones, permisos o reducciones de jornada).

Mucho se ha continuado hablando en 2023 de esta falta de profesionales sanitarios en el ámbito primario, acuciada por una **previsión de jubilaciones de gran envergadura**, que preocupa seriamente a esta Institución, ante el peligro que representa y las dificultades que observamos en su contención.

Entre las medidas adoptadas por los responsables de la organización de los servicios públicos de salud, dirigidas a paliar el déficit de profesionales de Atención Primaria, hemos venido conociendo las renovaciones de contratos eventuales



del Servicio Andaluz de Salud, con origen en los llamados refuerzos COVID, como complemento de la Oferta Pública de Empleo de estabilización y de las convocatorias de concursos de traslados.

De forma novedosa, el [Acuerdo de 4 de julio de 2023, del Consejo del Gobierno](#), exime del requisito de la nacionalidad, previsto en el artículo 106.1.a) de la Ley 5/2023, de 7 de junio, de la Función Pública de Andalucía, para la realización de nombramientos de carácter temporal del personal médico especialista y personal de enfermería extranjero no comunitario por el Servicio Andaluz de Salud, que se ha reproducido para 2024 por el consecuente [Acuerdo de 5 de diciembre de 2023, del Consejo de Gobierno](#).

Dichos Acuerdos permiten al Servicio Andaluz de Salud nombrar subsidiariamente a personas extranjeras no comunitarias tras haber agotado las posibilidades de contratación de personas que cumplan con el requisito de nacionalidad y condicionado a la inexistencia de profesionales de estas últimas.

En su texto se califica como situación endémica *la escasez de personal médico especialista y de enfermería en determinadas zonas geográficas y especialidades, así como en determinados períodos de crecimiento puntual de la demanda asistencial*, constatando que se prolonga en el tiempo más allá de los períodos vacacionales del personal sanitario.

Como causas se citan el escaso atractivo profesional de determinadas plazas (Medicina de Familia, Pediatría de Atención Primaria o Enfermería, en zonas rurales alejadas geográficamente de las capitales de provincia andaluzas y del resto de los grandes núcleos de población); el mayor número de jubilaciones de profesionales sanitarios acordes a la demografía; y el desajuste en la formación del número suficiente de profesionales sanitarios que asegure el relevo generacional en algunas categorías.

Analizadas dichas causas, entendemos que es inevitable el merecido acceso a la jubilación de los facultativos de primaria y, por tanto, irreversibles sus consecuencias, pero valoramos que sí admiten en cambio medidas reactivas las otras dos razones, cuya cobertura (de las plazas menos demandadas) y ajuste (de los profesionales en formación), dependen de las decisiones organizativas y de potenciación de los recursos humanos competencia de los responsables públicos.

A colación de ello, existe previsión en curso de regulación normativa, mediante el [Proyecto de Decreto por el que se aprueban las bases generales que han de regir el concurso extraordinario para la provisión de puestos de difícil cobertura en los centros e Instituciones Sanitarias del Servicio Andaluz de Salud](#).

El proyecto, que tiene en mente las plazas de Atención Primaria en las zonas rurales, prevé la convocatoria de los puestos de difícil cobertura a través de un concurso extraordinario, con un específico baremo de méritos, que permite obtener plaza fija en dichas vacantes, vinculado a un compromiso de permanencia temporal en el destino obtenido e incentivos profesionales (formación continuada, reconocimiento, desarrollo profesional y mejoras retributivas por complemento de carrera profesional, en los procesos de movilidad voluntaria).

La calificación de puesto de difícil cobertura ya preexistía en la normativa y en los Planes de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Andaluz de Salud, sujeta a criterios objetivos predefinidos y determinados en las correspondientes Resoluciones de la Dirección General de Profesionales de la Agencia, concentrándose en el entorno rural las Zonas Básicas de Salud que admiten encaje en el concepto.

La novedad ahora es la regulación reglamentaria por Decreto, los beneficios profesionales proyectados y, desde luego, el elemento determinante, el **compromiso temporal de permanencia** en el puesto obtenido en el concurso.

Esta previsión debería ofrecer una respuesta acorde con el derecho a la protección de la salud a zonas como, entre otras, la **Zona Básica de Salud de Estepa**, cuyas alcaldías nos trasladaron las dificultades que atraviesan para poder contar con médicos de familia y pediatras en los centros de salud y consultorios de los municipios que forman parte de la misma.

En la reunión mantenida en octubre de 2023 con representantes consistoriales en la sede de la Institución, expresaron estas deficiencias, que asimismo habían sido trasladadas en numerosas quejas vecinales de forma previa y posterior al encuentro.

La insuficiente atención primaria fue acreditada por los interesados remitiendo una relación completa de la situación de la plantilla facultativa en todos los centros de la Zona Básica, integrada por 1 centro de salud (el de Estepa) y 10 consultorios (Badolatosa, Casariche, Gilena, Herrera, La Roda de Andalucía, Lora de Estepa, Marinaleda, Matarredonda, Pedrera y el consultorio auxiliar Corcoya).



Ponemos término a este apartado, dejando constancia de otras reivindicaciones colectivas, como las expresadas por representantes de la **Marea Blanca en Sevilla**, que comparecieron ante el Defensor del Pueblo Andaluz en febrero de 2023 para manifestar su preocupación por la Atención Primaria de salud en lo atinente a la escasez de sus profesionales y alertados ante el riesgo de que esta carencia propiciara su **progresiva privatización**, como reflejaba la previsión incluida en la Orden de 23 de febrero de 2023, por la que se actualiza y desarrolla el sistema de presupuestación y tarificación de los convenios y conciertos que suscriba el Servicio Andaluz de Salud para la prestación de asistencia en centros sanitarios.

Expresaron los comparecientes la naturaleza especial de la Atención Primaria, destacando la labor del médico de familia en beneficio del sistema sanitario público, el especial vínculo y función que desempeña y la quiebra de todos estos elementos que supondría el recurso a medios privados para la dispensación de este tipo de atención sanitaria.

El Defensor del Pueblo Andaluz comparte plenamente esta consideración que, no en vano, generó una gran contestación en la opinión pública hasta ser reconsiderada por los responsables de la Administración sanitaria, abordándose finalmente su rectificación por [Resolución de 8 de enero de 2024, de la Secretaría General Técnica](#), por la que se acuerda someter a información pública el proyecto de orden por la que se modifica la Orden de 23 de febrero de 2023, por la que se actualiza y desarrolla el sistema de presupuestación y tarificación de los convenios y conciertos que suscriba el Servicio Andaluz de Salud para la prestación de asistencia sanitaria en centros sanitarios.

### 2.1.5.2.2. Tiempos de respuesta asistencial

La principal preocupación del Defensor del Pueblo Andaluz en la anualidad 2023 ha venido propiciada por la constatación de un **severo incremento** de los testimonios de la ciudadanía sobre los **tiempos de respuesta asistencial** en el segundo nivel de ordenación funcional de la atención sanitaria, esencialmente, en el acceso a la primera consulta de asistencia especializada por derivación desde atención primaria y a intervención quirúrgica.

Incremento que, ya avanzamos, ha revelado un recrudecimiento especial en la provincia de Jaén debido a la falta de profesionales sanitarios de diversas especialidades en la plantilla del complejo hospitalario.

Los datos cuantitativos generales sobre listas de espera pueden consultarse en la web del [Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud](#), que contiene los desglosados por comunidades autónomas; así como se albergan los correspondientes a los diferentes centros sanitarios en Andalucía en la web del sistema sanitario público andaluz, actualizados en ambos casos a fecha de [junio de 2023](#).

Ciñéndonos a los tratados por nuestra parte, es lo cierto que todo análisis de las conocidas como listas de espera sanitarias lo afrontamos a través de un doble filtro, a saber: el conocimiento de su entidad y alcance y el examen de las razones expresadas por los diferentes centros sanitarios.

Incumbe a esta Defensoría, por deber competencial propio, ofrecer una visión fidedigna de ambos elementos, por cuanto ambos, en conjunción, permiten obtener una imagen nítida de la situación concurrente y, eventualmente, contribuir a la búsqueda de alternativas consecuentes con la protección del derecho a la salud constitucional y estatutariamente consagrado.

Como viene siendo habitual, revisaremos las demoras en el acceso a las primeras consultas de especialidad, a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y a las intervenciones quirúrgicas.

En términos meramente cuantitativos, **la entidad de las quejas por demoras en acceder a la primera consulta de especialidad y a una intervención quirúrgica se ha duplicado en 2023, mientras que las que expresan el retraso en la práctica de procedimientos diagnósticos ha cuadruplicado las recibidas en 2022**. Probablemente ha influido en este último dato la posibilidad de prescripción de estas pruebas de que se ha dotado a los facultativos de la Atención Primaria.

En particular, **la lista de espera quirúrgica, ha sido con mucha diferencia, el problema que más preocupación ha generado a lo largo de 2023**, alcanzando cifras que en nada se asemejan a las de ejercicios anteriores, que hasta ahora no habíamos conocido.

La intensidad de la demanda nos ha llevado a revisar los registros del Defensor del Pueblo Andaluz remontándonos a 2015, comprobando que las peticiones en este campo venían experimentando un crecimiento paulatino, pero moderado,





hasta el fin de 2018, que se estabilizaron en 2019, cayeron, por razones obvias, en los ejercicios 2020 y 2021 en el marco de la pandemia, y experimentaron un nuevo aumento algo más acusado en 2019 hasta duplicarse en 2023 de forma inédita.

Las dilaciones apuntadas, además, ciertamente **han concernido a todos los hospitales andaluces** que desarrollan actividad quirúrgica, estando el número de quejas formuladas frente a cada uno en relación de equilibrio respecto de su respectiva envergadura y ámbito de influencia. Es muy significativo que la excepción la constituya el hospital de la ciudad de Jaén, al que aparece vinculado el mayor número de quejas recibidas. Superan incluso las presentadas frente al Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, si tomamos en consideración la población bajo la influencia de este último y su mayor cartera de servicios.

Desde la **perspectiva de la ciudadanía**, los motivos por los que los andaluces y andaluzas inscritos en la correspondiente lista de espera quirúrgica dirigen petición de ayuda a esta Institución se fundan en el **vencimiento del plazo garantizado** por el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Muchos de los afectados nos dicen que la operación tiene indicación de prioridad asistencial preferente; otros precisan que ya han sido sometidos a las pruebas preoperatorias (en algunos casos hasta en tres ocasiones), e incluso en algún caso aguardado cuatro años hasta ser intervenidos.

Todas las personas comparecientes solicitan, claro está, que instemos al centro hospitalario a realizar la intervención, apelando al sufrimiento que padecen, a su inquietud por el agravamiento de la dolencia, a la incapacidad para hacer una vida autónoma entretanto, o al temor por la pérdida de sustento al encontrarse en situación de incapacidad laboral de largo tiempo.

Dependiendo de las gestiones ejercidas por cada una y de su mayor o menor grado de información, interesan conocer las alternativas que pueden poner en práctica para solventar su problema de salud, ya en un centro público, ya en uno privado; orientación sobre cómo ejercer la garantía superado el plazo máximo; denuncian no haber obtenido respuesta a su solicitud de expedición de la autorización para intervenir en un centro privado, prevista en el Decreto 209/2001 (Anexo IV). También su perplejidad y decepción por haber recibido respuesta a una reclamación, en la que se les informaba sobre la opción de solicitar la referida autorización para ser intervenido en el centro privado de su elección, acudiendo para dicha gestión al Servicio de Atención a la Ciudadanía del hospital, personados en el cual se les indica que no existe dicha posibilidad y que, a lo sumo, podrían operarse y reclamar el reintegro parcial de gastos al Servicio Andaluz de Salud, perdiendo la diferencia del coste, o ejercer la libre elección de centro entre los del sistema sanitario público de Andalucía.

Sobre esto último, algunas personas nos explican que no desean cambiar de hospital, temerosas de perder su antigüedad y/o de enfrentarse de nuevo a todo el proceso, alegando además no disponer de criterios que les permitan orientar su elección conforme a las cargas asistenciales de otros centros; otras, rechazan la derivación a un centro concertado que eventualmente se les ofrece por su hospital, por la confianza depositada en este.

No faltan quienes rehúsan seguir el consejo de intervenir e intentar posteriormente el reintegro parcial de gastos, por carecer de recursos económicos para ello, ni quienes, al contrario, tras ardua y dolorosa espera, asumen el coste de la intervención en un centro privado y nos exponen su deseo de resarcirse mediante el ejercicio de la acción pertinente frente a la Administración sanitaria.

¿Y qué responden las **gerencias de los diferentes centros sanitarios**? Pues hemos de decir que en cuanto a las causas del retraso de las cirugías de las distintas especialidades, es común a prácticamente todos los responsables de los hospitales aludir a la elevada presión asistencial que soportan, producto de la inactividad quirúrgica acumulada durante la pandemia, cuyos efectos refieren que no han podido ser todavía superados. Indican que realizan el máximo esfuerzo con los quirófanos disponibles, trabajando más allá de sus posibilidades. Destacan la priorización de los quirófanos para pacientes oncológicos y urgentes, sin que a pesar de ello resulte posible evitar las demoras. Y concluyen que es paulatino el proceso para reducir la bolsa de pacientes generada en espera de intervención quirúrgica, con crecimiento incesante por pacientes demorados en la pandemia y las nuevas indicaciones, de forma que los resultados deberán ser asimismo progresivos.

Del mismo modo, tratándose de **procedimientos concretos**, los informes destacan que la **demora se acentúa por la limitación de recursos de la Unidad competente**, máxime cuando la misma funciona como servicio de referencia y el procedimiento no es susceptible de derivación a centro concertado ([queja 23/3542](#)).



Así ocurre con procedimientos de **Cirugía Oral y Maxilofacial** y, acusadamente, en el campo de la **Neurocirugía**, como nos advierte el Hospital Regional de Málaga y de forma más precisa, con datos objetivos, el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Este último informaba en diciembre de 2023 de que el Servicio de Neurocirugía tiene más de 1000 pacientes en lista de espera quirúrgica, con un total de 540 pacientes fuera de Decreto y una demora media de 246,2 días y máxima de 939 días, sobre un plazo garantizado de 180 días.

Añadía dicho hospital que anualmente realiza prácticamente 2000 intervenciones quirúrgicas de pacientes pediátricos y adultos, repartidas entre 1500 intervenciones programadas y 400 cirugías urgentes, aclarando que dicha actividad ha disminuido respecto de 2022 en un 7,48% por la reducción de quirófanos producida **por la escasez de profesionales de Anestesiología y una plantilla insuficiente**. Tomando especialmente en consideración, como destacaba el centro, que el Servicio de Neurocirugía del hospital es una Unidad de Gestión Clínica Intercentros que da respuesta a toda la provincia de Sevilla (1,9 millones de habitantes), a determinadas patologías vasculares y cerebrales complejas de pacientes de Huelva (533.272 habitantes), y responde ante peticiones de asistencia de complejidad de otras provincias andaluzas.

Los **equipos de intervención de patologías traumatológicas**, en general, también nos trasladan la intensidad de su actividad y las elevadas listas de espera, como los 2747 pacientes que en agosto de 2023 aguardaban una operación en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Por el **Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva** se ponía el acento en que el centro cuenta únicamente con **dos consultas de Urología** para toda la provincia desde hace 30 años y ello a pesar del envejecimiento de la población, para concluir que el esfuerzo de los profesionales no basta, en consecuencia.

Sobre las **medidas organizativas internas** de la lista de espera quirúrgica, las gerencias trasladan su gestión bajo diversos criterios concurrentes: antigüedad de inscripción y criterios clínicos de priorización de casos, ya por las características de las personas usuarias, ya por razones organizativas, sin que lleguemos a dilucidar qué papel juega la indicación de prioridad asistencial preferente, ni cómo se gestionan las intervenciones que no están incluidas entre los procedimientos garantizados.

Del mismo modo, al margen de la mengua de profesionales sanitarios que soportan, nos trasladan la repercusión que suponen las diferentes situaciones laborales de la plantilla, permisos de paternidad y maternidad, bajas por enfermedad o reducciones voluntarias de jornada, entre otras.

Desde la **perspectiva general de las políticas públicas**, las gerencias hospitalarias apuntan a soluciones que escapan a su facultad de decisión, destacando los beneficios alcanzados a través de los conciertos que se activaron tras la pandemia con centros privados en todos los hospitales públicos y el programa extraordinario de autoconcierto que se adoptó durante algunos meses del año 2022, así como la ampliación de jornadas quirúrgicas y autoconciertos.

Un aspecto sobre el que deseamos detenernos es el de la **información sobre las alternativas que desde los centros hospitalarios se proporciona** a las personas que reclaman su intervención, vencido el plazo garantizado, dado que en la misma denotamos diferencias entre centros, que revelan confusión.

Estas opciones se concretan en solicitar el certificado de acreditación de la garantía de respuesta quirúrgica establecido en el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, o ejercer su derecho de Libre Elección de hospital.

Por lo que atañe a la primera opción, la del **certificado de acreditación de la garantía de respuesta quirúrgica**, encontramos hospitales en los que no se responde a la solicitud de información sobre cómo solicitar el certificado, o a la petición formal de su expedición ([queja 22/7320](#)).

Otros centros, en los que, previa reclamación, se responde a la persona interesada sobre lo dispuesto en la normativa, esto es, sobre su derecho a solicitar ante la Dirección Gerencia del Hospital el documento acreditativo que constata el incumplimiento del plazo garantizado para la cirugía (Anexo IV) y que le autoriza para acudir al centro privado de su elección, conforme al Decreto 209/2001.

**Ninguna de las respuestas a las reclamaciones analizadas refleja verazmente toda la información relevante** al no advertir sobre las consecuencias de ejercer dicha solicitud. Y es que la realidad es que no existen centros privados que asuman la intervención quirúrgica de pacientes una vez superada la garantía de plazo, y que los precios fijados en el Decreto 209/2001 (Anexo I) son ostensiblemente inferiores a lo que cuestan las intervenciones quirúrgicas en los centros



privados. Es decir, la garantía no puede ejercerse en los términos en que la regula el Decreto 209/2001 para intervenciones quirúrgicas, ni el Decreto 96/2004 ([queja 23/3540](#) y [queja 23/5902](#))

Así, en algunos casos, es el Servicio de Atención a la Ciudadanía al que acude la persona interesada con la respuesta formal dada a su reclamación, el que le advierte que los gastos derivados de la intervención quirúrgica a satisfacer por la Administración Sanitaria Pública de la Junta de Andalucía serán como máximo los correspondientes a las cuantías que figuran en el Anexo 1 del Decreto 209/2001, con el consiguiente desistimiento por el afectado de su intención, y que para la recuperación parcial del coste facturado por el centro privado deberá asumir el importe íntegro de la intervención y después iniciar la petición de reintegro de gastos hasta dicho límite.

Lo explica de forma expresa el Hospital San Cecilio de Granada, cuando dice que: *es importante señalar a este respecto que desde la fecha de publicación del Decreto 209/2001, de 18 de septiembre y Órdenes posteriores, así como el Decreto 96/2004, ningún centro privado ha solicitado, en toda Andalucía, la firma del convenio ofertado por el Servicio Andaluz de Salud para la realización de intervenciones quirúrgicas, consultas de especialistas y pruebas diagnósticas, cuando se supera el plazo de respuesta establecido por decreto.*

*Por tanto, hasta ahora no ha sido posible ofrecer al ciudadano que solicita el documento Acreditativo de Garantía ningún listado de centros conveniados para hacerlo efectivo.*

*Cabe apuntar igualmente, la importancia de explicar que las órdenes de desarrollo de tales decretos recogen los precios máximos a facturar por la asistencia prestada en tales procedimientos. De modo que la persona usuaria sea conocedora de que una vez solicitado y tramitado el Documento Acreditativo de la Garantía, y en caso de que desee optar por realizarse el procedimiento en cualquier centro privado que acepte acogerse a los términos estipulados en los mencionados decretos y órdenes posteriores, el coste máximo que será abonado por el Servicio Andaluz de Salud es el que figura para cada procedimiento en el ANEXO I de la Orden de procedimiento de pago, de 18 de marzo de 2005.*

Ello limita las opciones a que a la persona afectada se le dé respuesta con los recursos y medios propios de su Hospital o se le ofrezca la realización del procedimiento en los centros concertados con el Servicio Andaluz de Salud para la actividad.

En relación con la segunda de las alternativas, la de ejercer la **libre elección de centro**, apreciamos que para una decisión debidamente informada por parte de la persona afectada es preciso que cuente con los elementos objetivos que le permitan adoptarla, básicamente sobre la carga asistencial de otros hospitales, el iter o actuaciones sanitarias que comporta el cambio, y si se conserva o no la antigüedad de la fecha de inscripción en el Registro. Lo que no siempre ocurre, como muchas personas nos manifiestan, viéndonos en ocasiones obligados a recordar a la Dirección Gerencia del hospital que la omisión por la Gestoría de Personas Usuarias de la información precisa obsta al ejercicio del derecho, dado que es complicado el ejercicio de derechos cuyo alcance y contenido se desconoce. Ello sin perjuicio de que la información puede ser asimismo proporcionada contactando con Salud Responde.

El ejercicio de la libre elección de centro por una persona en lista de espera quirúrgica, usualmente requiere obtener cita médica con el equipo del nuevo centro que realizará la intervención, a fin de que confirme el diagnóstico y la indicación quirúrgica. Ello supone que entretanto el paciente aparece en la lista de espera quirúrgica en situación de transitoriamente no programable por reevaluación clínica, sin que ello se acomode técnicamente al concepto del Decreto 209/2001.

Con todo, lo cierto es que la libre elección de centro del Decreto 128/1997, de 6 de mayo, por el que se regula la libre elección de médico especialista y hospital en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, **no parece un instrumento previsto para que la ciudadanía sortee los obstáculos de la listas de espera** en sus respectivos centros de referencia, por lo que esta forma de ejercicio no resulta acorde con su naturaleza y objeto.

La conclusión es la ineludibilidad de la lista de espera por el elevado número de pacientes en relación con los recursos quirúrgicos de los hospitales, la insuficiencia de los instrumentos adoptados para paliarla y, de forma colateral, la sobrecarga de otros ámbitos del sistema, como la proliferación de reclamaciones que han de ser informadas y atendidas.

A la vista de todo ello, esta Institución considera que **es preciso reevaluar de forma completa la accesibilidad al sistema sanitario público de Andalucía en su segundo nivel de ordenación funcional**, el de la Atención Especializada, en su vertiente de tiempos de respuesta asistencial, con la finalidad de sentar sus bases, clarificar el marco en el que ha de desenvolverse su garantía y dar seguridad sustantiva a los instrumentos de los que puede hacerse uso para su efectividad, dentro del respeto a nuestra norma estatutaria y de forma acorde a la actual realidad social.



Para ello, estimamos oportuno que se acometa el **desarrollo legislativo del artículo 22.2 del EAA**, que reconoce a pacientes y personas usuarias del sistema andaluz de salud el derecho a la garantía de un tiempo máximo para el acceso a los servicios y tratamientos (g), así como a la información sobre los servicios y prestaciones del sistema y sobre los derechos que les asisten (c). Derechos que, conforme al artículo 38 del Estatuto deben ser desarrollados por leyes del Parlamento que, respetando su contenido esencial estatutario, determinen las prestaciones y servicios vinculados, en su caso, al ejercicio de estos derechos.

No en vano, la mayoría de los derechos referidos a la salud de la ciudadanía andaluza que enumera el artículo 22.2 del EAA de 2007, no se encuentran regulados por ley de nuestro Parlamento, sino por normas de rango reglamentario preexistentes al mismo.

### 2.1.5.2.3. Atención Especializada

Hemos reservado un análisis diferenciado al problema de la **falta de especialistas** en el nivel de la **Atención Especializada** como una de las causas más influyentes sobre los tiempos de respuesta asistencial. Esta insuficiencia obsta a un acceso más fluido a las primeras consultas de especialidad, incide en la realización de numerosas pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos, y dilata las intervenciones quirúrgicas.

Ocurre con los **anestesiistas**, cuya carestía incide en las pruebas precisadas de sedación (colonoscopias, resonancias, punción ovárica...) y limita la programación de intervenciones quirúrgicas.

Sobre esta realidad, con algún ejemplo expuesto en el apartado precedente, el Gerente del Hospital de Jaén afirmaba: *Como es conocido por la Consejería de Salud, en nuestro hospital existe un déficit de facultativos de Anestesiología con la consiguiente disminución de sesiones quirúrgicas disponibles. Desde el inicio de la pandemia SARS Cov2 (año 2020), el Servicio de Cirugía General ha pasado de 13 quirófanos programados semanales disponibles a solo 4 o 5 durante estos últimos dos años. En este sentido, actualmente las escasas sesiones quirúrgicas programadas disponibles se destinan a intervenciones de pacientes oncológicos hasta en el 95 % de los casos, en detrimento de patologías teóricamente benignas, pero que son muy limitantes y con un alto grado de merma en la calidad de vida de los pacientes.*

Ello explica que el mayor número de quejas por dilaciones en intervenciones quirúrgicas se hayan planteado respecto del Hospital de Jaén, dando lugar a la iniciación de una investigación de oficio ([queja 23/1528](#)), a lo largo de la cual hemos conocido que dicho centro sanitario está necesitado de diversos tipos de especialistas (traumatólogos, neurólogos...), cuyas conclusiones estamos en trance de finalizar.

La especialidad de neurología también apunta a carencias que se evidencian desde hace tiempo y que hace unos años ya expresaba la Gerente del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. Centro respecto del que iniciamos de oficio una investigación sobre la infradotación de estos especialistas en la provincia de Huelva ([queja 23/7274](#)).

La investigación de oficio tramitada en **Huelva**, se basó en las informaciones aportadas por algunas quejas individuales sobre demora en las consultas de especialidad, reforzadas por las peticiones presentadas por personal del Servicio Andaluz de Salud y la Asociación Onubenses por una Sanidad Pública de Calidad (ONUSAP), manifestando el riesgo añadido de cierre de la Unidad de Ictus del Hospital Juan Ramón Jiménez.

El Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud aportó en noviembre de 2023 los datos de pacientes pendientes de primera consulta a junio de 2023, derivados desde Atención Primaria, ascendentes a un total de 7359 personas, siendo la demora media de 242 días y 6446 el número de personas con demora superior a 60 días.

A este dato habría que añadir, a nuestro entender, las citas pendientes de procedencias distintas, esto es, interconsultas y consultas de seguimiento o revisión.

La plantilla presupuestada de personal especialista en Neurología es de 10 facultativos, aunque son 13 los autorizados para dar cobertura a toda la población onubense (medio millón de personas) y atender demandas de consultas externas (primeras citas y de revisión), la hospitalización en planta y la Unidad de Ictus con 24 horas de actividad presencial.

El Gerente del Servicio Andaluz de Salud rememora un primer momento crítico iniciado en mayo de 2021 cuando la plantilla -cubierta pero con un solo neurólogo titular de la plaza-, se mermó por causas diversas: renuncia a contratos



con marcha a otros centros, permisos de maternidad, paternidad y reducciones de jornada por guarda legal o cuidado de mayores.

Estas circunstancias obligaron a priorizar la atención al ictus y la hospitalización, con la consiguiente disminución de las consultas externas y el incremento de la demora.

Finalmente, el Gerente refería la mejora de la situación a través del **acuerdo de colaboración suscrito con los hospitales de Sevilla**, un plan de choque para las consultas y la estabilización de parte de la plantilla alcanzada con la consolidación de la última oferta de empleo público, con once neurólogos y la previsión de completar plantilla con la contratación de dos más en noviembre de 2023.

Refirió, por otra parte, que la escasez de determinados Facultativos Especialistas de Área obedece a un problema social de jubilaciones masivas y a la oferta por centros públicos y privados de otras provincias limítrofes.

Por su parte, la **Asociación Muévete por el Parkinson de Jaén y provincia**, nos expresaba la **inequidad entre provincias** de nuestra comunidad autónoma, afirmando que es desigual y desproporcionado el número de especialistas neurólogos con que cuenta cada una en proporción a su población e incidencia. Lo que en el caso de la provincia de Jaén se traduce en la desatención de las patologías neurológicas, a juicio de dicha asociación, dado que el hospital de su capital solo tiene cuatro neurólogos y son plurales las personas que lamentan no contar con cita en dicha especialidad, especialmente mayores.

Para finalizar, una simple referencia ilustrativa al informe del responsable del Hospital Alto Guadalquivir cuando explicaba las razones de la demora en una cita de **Urología** expuesta por un paciente, señalando la concurrencia de causas de fuerza mayor por encontrarse el hospital desde el mes de enero de 2023 con una reducción del 70% en la plantilla de facultativos del Servicio de Urología pendiente de cubrir, como consecuencia de jubilaciones y traslados de profesionales por la correspondiente oferta de empleo público del Servicio Andaluz de Salud.

#### 2.1.5.2.4. Centros y servicios sanitarios

En lo que atañe a **centros y servicios sanitarios** se ha reiterado la necesidad de **convocatoria del procedimiento para la adjudicación de nuevas oficinas de farmacia**, con fundamento en la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía, desarrollada por el Decreto 36/2018, de 6 de febrero, por el que se regula el procedimiento de adjudicación de nuevas oficinas de farmacia, que entró en vigor el día 13 de febrero de 2018.

El Decreto referido establece una periodicidad mínima de las convocatorias de concurso público para la adjudicación de nuevas oficinas de farmacia de cinco años. Siendo esta la razón por la que ante esta Institución se instó a requerir el cumplimiento de dicha previsión, habida cuenta de que el plazo máximo había vencido el 13 de febrero de 2023.

Desde la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Salud y Consumo, se comunicó a esta Institución que, efectivamente, el Decreto 36/2018, de 6 de febrero, dispone que las convocatorias de concurso público para la adjudicación de nuevas oficinas de farmacia se realizarán al menos una vez cada cinco años, si bien razones de practicidad procedimental retrasaban el cumplimiento del plazo.

En particular, se indicaba que: *Se ha considerado necesario adaptar las reglas aplicables a dicho procedimiento a fin de actualizarlas y conseguir una mayor eficiencia en este proceso que redunde en la asistencia farmacéutica a la población, razón por la cual por parte de la Consejera de Salud y Consumo se ha declarado que antes de final de año se publicará la convocatoria del segundo concurso público de adjudicación de nuevas oficinas de farmacia, solo pendiente de la aprobación del Decreto (Ley) de Simplificación Administrativa que prepara la Consejería de Presidencia.*

Y así se concluía que, aun no siendo posible establecer una fecha concreta para la aprobación de dicho Decreto-ley, *todo apunta a que de aquí a comienzos de 2024 el procedimiento de convocatoria debería estar ya iniciado.*

Ello no obstante, al cierre de este Informe conocimos el anuncio de la culminación del aludido Decreto Ley por el que se adoptan medidas de simplificación y racionalización administrativa, que contiene las medidas que permitirán finalmente convocar el concurso público para la adjudicación de nuevas oficinas de farmacia.



### 2.1.5.2.5. Prestaciones sanitarias

Dentro de las **prestaciones sanitarias**, retomamos el asunto ya avanzado en el Informe Anual de 2022, sobre la **compensación de gastos de electricidad por oxigenoterapia domiciliaria**, que llevó a esta Institución a emitir una resolución en la que recomendamos al Servicio Andaluz de Salud la armonización del procedimiento general para la compensación económica por gastos de consumo de electricidad o agua a personas que necesitan determinados tratamientos domiciliarios, ya a instancia de parte o de oficio. Debe incorporarse en todo caso dentro del mismo el derecho a la información como instrumento imprescindible para ejercer la petición y para franquear el acceso a la compensación en condiciones de igualdad efectiva y equidad; así como la valoración de una actualización de las cuantías contempladas en la Orden de 13 de febrero de 2014, de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, por la que se actualizaron las condiciones económicas aplicables a los servicios de diálisis concertados con el Servicio Andaluz de Salud y las compensaciones a pacientes por determinados tratamientos domiciliarios ([queja 22/2350](#)).

Recordamos que el artículo 4 de la referida Orden establece que «el Servicio Andaluz de Salud abonará a los pacientes sometidos a los tratamientos domiciliarios las cantidades que en el Anexo II se especifican en concepto de compensación económica por los gastos de consumo de electricidad o agua», que por su parte contempla a pacientes en tratamiento de hemodiálisis domiciliaria con máquina, para los que prevé una compensación por consumo de agua y electricidad de 4,77 euros por sesión; a pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora, compensados en concepto de consumo eléctrico con 13,26 euros mensuales; y a pacientes en tratamiento de oxigenoterapia domiciliaria con concentrador, para los que la compensación por consumo de electricidad se fija en 15,99 euros mensuales.

Pues bien, la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud **aceptó íntegramente dicha resolución en el ejercicio 2023** y, en consecuencia, indicó compartir la necesidad de elaborar un **procedimiento homogéneo** que recogiera todos los pasos a seguir para el acceso a la ayuda económica regulada en la Orden de 13 de febrero de 2014, de manera que se armonicen los requisitos en todos los centros del Servicio Andaluz de Salud. Con la participación de las unidades implicadas en dicha prestación, tanto a nivel central como de centros, y audiencia de los profesionales que trabajan en contacto directo con el paciente, se nos remitió posteriormente el resultado alcanzado.

Añadía la Administración que el procedimiento desarrollado había sido incluido entre los albergados en la plataforma web *“Procedimientos para la atención ciudadana”*, para su disponibilidad en línea para los profesionales competentes, así como en la web del Servicio Andaluz de Salud a disposición de la ciudadanía ([queja 22/2350](#)).

### 2.1.5.2.6. Políticas de Salud

En el marco de las **políticas de salud**, podemos destacar dos asuntos de interés: las controversias generadas en torno a la consideración de persona afectada por talidomida y la preocupación por los efectos adversos de las cada vez más frecuentes e intensas olas de calor en las personas mayores, manifestada especialmente respecto de las personas con discapacidad por la Asociación Human Rights Watch.

La primera cuestión surge de la contradicción provocada por la existencia de **personas valoradas como afectadas por talidomida en Andalucía**, a las que sin embargo les deniega dicha condición el Instituto de Salud Carlos III. La controversia ha aflorado al hilo de la publicación del Real Decreto 574/2023, de 4 de julio, por el que se regula el procedimiento de concesión de ayudas a las personas afectadas por la talidomida en España durante el periodo 1950-1985, en el que se determina como requisito para optar a las indemnizaciones, entre otros, el estar inscrito en el Registro Estatal de Enfermedades Raras, gestionado por el Instituto de Salud Carlos II, en virtud del informe de validación positivo emitido por el Comité Científico Técnico de la Talidomida, acreditativo de las lesiones.

Las personas comparecientes que, como decimos, sí habían sido reconocidas en Andalucía, muestran su disconformidad con los dictámenes del Comité Científico Técnico para la evaluación de posibles afectados por embriopatía por talidomida, del Instituto de Salud Carlos III, que valora negativamente tal condición.

Habida cuenta del marco competencial planteado, la investigación desarrollada por esta Institución nos llevó a solicitar pronunciamiento de la Consejería de Salud y Consumo, así como a trasladar la controversia al Defensor del Pueblo Estatal para su gestión con el Instituto de Salud Carlos III.



Por la Viceconsejería de Salud y Consumo se informó de forma prolija, describiendo el procedimiento seguido en el proceso de valoración de reconocimiento de posibles lesiones por talidomida, tanto en el Instituto de Salud Carlos III como en la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

En Andalucía tuvo lugar en 2016, a partir del Decreto 69/2016, de 1 de marzo, por el que se crea y regula el Registro de personas residentes en Andalucía con anomalías congénitas causadas por talidomida, que desarrolló el procedimiento para la evaluación, y en su caso, inclusión de dichas personas en ese Registro.

En el mismo se inscribieron los solicitantes en base a la legislación vigente en esa época (con periodo a reconocer entre nacidos desde 1960 a 1965) y, en los reconocimientos médicos, se aplicaron unos criterios clínicos establecidos por la Agencia de Evaluación de tecnologías sanitarias andaluza en 2016. La valoración se realizó mediante reconocimiento médico y radiografías de las partes afectadas.

A nivel nacional, tras la reunión del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en noviembre de 2017, se crearon grupos de trabajo y una Comisión Científico Técnica de Talidomida (CCTT) en 2018, estableciendo nuevos criterios de inclusión (criterios de Mansour) y la necesidad de valoración por la citada comisión de todos los solicitantes para la inscripción en el Registro Nacional de afectados por la Talidomida (que en la actualidad es el Registro Estatal de Enfermedades Raras).

De este modo, las valoraciones clínicas de la mayoría de los inscritos en el Registro Andaluz se efectuaron con criterios clínicos distintos a los criterios de Mansour de 2018, que aplicó la CCTT a partir de 2019.

La pérdida de oportunidad para optar a las indemnizaciones del Real Decreto 574/2023, de 4 de julio, por el que se regula el procedimiento de concesión de ayudas a las personas afectadas por la talidomida en España durante el periodo 1950-1985, se aborda por el Instituto Carlos III, que *“está poniendo a disposición de los valorados por la CCTT la documentación utilizada a tal fin en la citada comisión, solicitándola a través de la sede electrónica del Instituto de Salud Carlos III, mediante instancia genérica en la dirección web: <https://sede.isciii.gob.es/infoComprobar.jsp?accion=qys>, o bien a través de cualquier otro medio de registro establecido por las disposiciones vigentes”*.

Respecto de la información recabada por nuestra parte del Defensor del Pueblo de las Cortes Generales, desde el mismo se manifestó que dentro de sus competencias, de las que no forma parte instar a la revisión del estudio, valoración y decisión médica adoptada por el Comité Científico Técnico, ni debatir cuestiones estrictamente clínicas como pueden ser las lesiones que produce la talidomida y sus efectos adversos, la citada institución se dirigió al Instituto de Salud Carlos III, sin diferir el resultado de las conclusiones expuestas en las líneas precedentes.

La segunda cuestión anteriormente apuntada se refiere al conocimiento del **estudio elaborado por Human Rights Watch sobre los efectos de las olas de calor en mayores y en personas con discapacidad**, cuyos informes nos fueron presentados por representantes de dicha organización, que asimismo fueron expuestos por su parte ante las diferentes Administraciones concernidas, especialmente la de Salud y Consumo y la de Inclusión Social.

Dicho estudio comprende dos documentos, respectivamente titulados *“[Las personas con discapacidad no tienen el apoyo que necesitan cuando hace mucho calor en España](#)”*, y *“[España: respuesta inadecuada a las olas de calor. Es preciso apoyar a las personas con discapacidad que están en riesgo por el cambio climático](#)”*.

Por el Defensor del Pueblo Andaluz, a su vez, se informó a la asociación del [Acuerdo de 16 de mayo de 2023, del Consejo de Gobierno](#), por el que se toma conocimiento del Plan Andaluz para la Prevención de los Efectos de las Temperaturas Excesivas sobre la Salud 2023, que establece medidas de especial atención a los colectivos más vulnerables y medidas de prevención para las poblaciones de riesgo (personas mayores de 65 años; enfermos crónicos; personas que toman un medicamento que pueda influir en la adaptación del organismo al calor como psicótropos, antidepresivos, hipotensores, anticolinérgicos y diuréticos; niños menores de cuatro años, lactantes y personas incluidas en el Proceso Asistencial Integrado del trastorno mental grave).

Otras manifestaciones de colectivo se nos trasladaron por el **Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Andalucía**, sobre la necesidad de obtener reconocimiento funcional en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, como categoría profesional del Servicio Andaluz de Salud, así como la homogeneización de los criterios de intervención y decisión de la Inspección de Servicios Sanitarios en las diferentes provincias, en materia de intrusismo, delimitando la competencia de estos últimos y las de Consumo; las necesidades expuestas en el manifiesto remitido por la Asociación de Alzheimer de Linares; y las reivindicaciones de la Asociación de Fibromialgia de Jaén.



### 2.1.5.2.7. Derechos de las personas usuarias

Dentro del elenco de expedientes que encuadramos entre los **derechos de las personas usuarias** en materia de salud, en 2023 se han manifestado cuestiones relacionadas con las demoras en recibir el documento acreditativo del derecho a la asistencia sanitaria, es decir, la tarjeta sanitaria; necesidades planteadas en torno al respeto a las personas usuarias del sistema sanitario y la confidencialidad y protección de sus datos personales; cuestiones de índole jurídica sobre el acceso a la historia clínica; peticiones sobre obstáculos en el ejercicio de la libre elección; y experiencias referidas al acceso a la prestación de la ayuda para morir.

La **tarjeta sanitaria** es el documento que acredita que su titular ostenta derecho a la atención sanitaria en el sistema sanitario público, y, si bien no estar en posesión de la misma no impide acceder a tal atención ya que la función de identificación de su titular también puede realizarse por el documento nacional de identidad, se hace, en cambio, imprescindible para el acceso a determinados servicios sanitarios, en particular, para la demanda de asistencia sanitaria en otra comunidad autónoma, y para retirar medicamentos y productos sanitarios en las oficinas de farmacia, garantizando la seguridad y la confidencialidad.

Diversas personas nos trasladaron haber procedido a solicitar la tarjeta sanitaria por cualquiera de las causas posibles (obtención inicial o renovación por pérdida, deterioro o sustracción), transcurriendo meses sin que les fuera remitida a su domicilio.

En algunos casos la información obtenida telemáticamente a través de ClicSalud+, indicaba que el documento se encontraba en proceso de fabricación; en otros, la respuesta dada a la reclamación formulada por el correspondiente Área de Gestión Sanitaria (Osuna, en el caso particular), justificaba la demora en los problemas de emisión existentes en la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre, como organismo encargado de la fabricación al que los centros de salud remiten las solicitudes registradas.

Otros solicitantes, por su parte, indicaban haber sido informados de que el problema radicaba en la falta de proveedor para fabricar las tarjetas, o bien manifestaban su desconcierto por no haber recibido ninguna aclaración en el centro de salud.

Tomando en consideración que la cuestión expuesta aparentaba tener un alcance general y la desinformación concurrente en torno al mismo, esta Institución solicitó a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud un informe sobre el alcance de la incidencia constatada desde el sistema sanitario público de Andalucía y sus causas, de cuya respuesta resultó que la dilación obedecía a retrasos en la adjudicación del contrato de suministro.

Explicó la Gerencia que *“la elaboración de la tarjeta sanitaria por parte del Servicio Andaluz de Salud se realiza mediante convocatoria de licitación pública, sujeta a la legislación vigente en materia de contratación administrativa y que diferentes empresas se han sucedido en el tiempo como proveedoras del suministro desde 2007, momento en que dejó de serlo a nivel nacional la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre (FNMT)”*. Añadiendo que la conclusión del contrato adjudicado en 2017 hizo preciso convocar una nueva licitación en abril de 2022, quedando desierto el procedimiento de contratación administrativa por no existir ofertas válidas en el procedimiento. Por lo que en noviembre del mismo año se aprobó un nuevo expediente, adjudicándose en esta ocasión el contrato de suministro, lo que había permitido reanudar la producción en agosto de 2023.

El volumen acumulado de solicitudes, por tanto, se solventaría con el ritmo de producción, hasta normalizar la situación, en la que lo habitual es un plazo de entre 10 y 15 días desde el registro de la solicitud de la tarjeta sanitaria en la Base de datos de Usuarios hasta la recepción de la misma en el domicilio de la persona solicitante ([queja 23/6377](#)).

Por otra parte, han persistido las peticiones de algunos progenitores sobre su necesidad de poder obtener un duplicado o documento similar, de la tarjeta sanitaria de sus hijos menores de edad, a fin de evitar incidencias derivadas de sus relaciones con el otro progenitor en los casos en que no existe convivencia ni relación de afectividad. De esta cuestión, que ya fue objeto de pronunciamiento por el Defensor del Pueblo Andaluz, damos cuenta en el Informe específicamente dedicado a exponer los asuntos referidos a la Infancia y la Adolescencia.

Avanzando en el análisis de derechos, nos referiremos ahora al reconocido a pacientes y personas usuarias del Sistema Andaluz de Salud en el artículo 22.2.e) del Estatuto de Autonomía de Andalucía, consistente en el **respeto a su perso-**





**nalidad, dignidad humana e intimidad.** En el mismo sentido, el artículo 6.1.b) de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía reconoce el mismo derecho a los ciudadanos, con respecto a los servicios sanitarios públicos en Andalucía.

El buen trato, el trato considerado, digno o, en resumen, sencillamente respetuoso del que son merecedoras todas las personas, reviste una importancia crucial en la relación sanitaria, de manera que todo profesional sanitario que no observe este elemento imprescindible en el contacto con pacientes y personas usuarias, perjudica la relación de confianza que es deseable en este entorno y, por descontado, la “fe” en el criterio enfermero o facultativo.

Ejemplos de trato irrespetuoso se trasladan de cuando en cuando a esta Institución, achacable a personal sanitario, a personal administrativo o a celadores, que únicamente interviene cuando se trata de supuestos debidamente objetivados y no de meras situaciones de conflicto producidas en contextos que merecen todo nuestro rechazo y cuyas circunstancias no pueden dilucidarse. En estos últimos casos, todo lo más, recordamos a las personas peticionarias el derecho a formalizar reclamación que les asiste, a fin de que la Administración sanitaria pueda conocer los hechos acaecidos y, recabada la información oportuna, ofrecer la respuesta que proceda.

Dentro de las situaciones objetivadas anteriormente aludidas, se encuentra el caso planteado por un vecino de Sevilla, que nos trasladaba las expresiones vertidas en el informe de consulta que le entregó su dermatólogo, a cuya consulta había sido derivado desde atención primaria, cuyos términos eran los siguientes: *“Paciente de 67 años que me cuenta una historia que es un eczema seborreico que aparece en cuero cabelludo, en zona de CAE...” “...es un proceso crónico que se puede controlar pero no curar, también intenta venderme una historia de herpes zóster que realmente es una ROSACEA papulosa que responde a tratamiento de fórmula magistral (es clara para rosacea), le recompongo el tratamiento”.*

El interesado se mostraba ofendido por las expresiones contenidas en dicho informe, entendiendo que el tono empleado constituye una clara falta de respeto. Y, efectivamente, gestionada su queja, el especialista reconoció estar fuera de lugar los comentarios contenidos en el informe, aclarando no haber tenido mala intención pero disculpándose y ofreciéndose a la emisión de un informe dentro de la corrección clínica.

Recordamos asimismo, aunque parezca una obviedad, que el respeto en el ámbito sanitario incluye el deber de los profesionales sanitarios de propiciar una relación con las personas usuarias del sistema, especialmente en consulta, que comprenda una comunicación verbal adecuada y una transmisión de la información al paciente que se realice con el contacto visual.

En el plano de la **confidencialidad**, en su vertiente de derecho a la intimidad y a la protección de datos personales, el artículo 22.1.j) del EAA consagra el derecho de pacientes y personas usuarias del Sistema Andaluz de Salud a la confidencialidad de los datos relativos a su salud y sus características genéticas, así como el acceso a su historial clínico. Ello nos llevó a analizar la posible infracción de estos derechos en los justificantes de asistencia sanitaria, al hilo de la reclamación dirigida por una mujer a la que se le había dado como acreditación de su asistencia sanitaria, el documento de cita a consulta de ginecología, lo que suponía tener que dar a conocer a su empresa el tipo de asistencia sanitaria demandada y recibida, a efectos de justificante laboral de su ausencia en horario de trabajo.

Desde la Administración sanitaria se acordó el envío por la Unidad de Atención Ciudadana de una nota de comunicación interior dirigida a todas las Unidades de Gestión Sanitaria implicadas, para que tomaran en consideración la emisión de justificantes de asistencia de manera genérica, respetando la confidencialidad de la Ley Orgánica de Protección de Datos, sin incluir ningún motivo de consulta, limitado a consignar los datos de la persona usuaria, la fecha y hora de la cita y la hora de salida.

Como novedad de interés, se informaba que ya es posible obtener el justificante de haber acudido a consulta a través de la web ClicSalud+, lo que supone un instrumento de utilidad para reducir la carga administrativa en materia sanitaria, siempre que la ciudadanía y los profesionales conozcan esta alternativa ([queja 22/5742](#)).

El **derecho de acceso a la Historia clínica y la confidencialidad de su contenido**, como veíamos más arriba, también se recogen en el artículo 22.1.j) del EAA anteriormente citado. No en vano, la historia clínica y los datos de salud contenidos en la misma están amparados por la confidencialidad, tratándose de una categoría especial de datos personales, con protección cualificada, de conformidad con la normativa reguladora de la protección de datos y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



Esta última Ley define la historia clínica como el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro (artículo 14.1).

La Ley 41/2022 concibe la historia clínica como un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente, siendo esta la razón por la que cualquier acceso a sus datos debe enmarcarse en el ejercicio de las funciones correspondientes o estar comprendido en alguno de los supuestos legalmente permitidos.

En 2023 hemos dilucidado un interesante dilema acerca del derecho de acceso a la historia clínica cuando la petición proviene de familiares de personas fallecidas, en concreto, de un hermano del titular fallecido de dicha historia ([queja 21/8014](#)).

Explicaba el compareciente que había solicitado ante el Servicio Andaluz de Salud poder acceder a la historia clínica de su hermano, más concretamente, conocer el informe de *exitus* del mismo, a fin de saber cuál había sido la causa de su muerte. A cuyo efecto formalizó la solicitud en el formulario específicamente dispuesto para ello, adjuntando los documentos indicados, consistentes en fotocopia del certificado médico de defunción de su hermano y fotocopias de los DNI de fallecido y petitionerio.

La petición del interesado no obtuvo respuesta, lo que determinó que presentara reclamación, a la que se respondió por la Administración sanitaria denegando el acceso a la información con fundamento en la falta de legitimación del solicitante, al considerar que solo la ostentan *ex lege* en atención al parentesco y de forma directa, la viuda y los hijos, debiendo las demás personas acreditar documentalmente el derecho a acceder a la misma, que no se satisface por el mero vínculo fraternal, sin que se le indicase, en todo caso, qué documento precisaba para la consecución de su pretensión.

En consecuencia, esta Institución solicitó conocer el motivo que impedía tener por legitimado al interesado, así como qué documentación obstaba a la consecución del derecho ejercido por su parte y para acreditar el derecho a su pretensión.

La respuesta recibida, tras analizar la legislación aplicable, concluye que la misma no impide a un hermano del fallecido el acceso a sus datos sanitarios, pero considera que es preciso que éste acredite que no existen familiares más cercanos que se opongan, eventualmente, a la cesión de datos pretendida, para lo cual debe acompañar la solicitud de cierta documentación, consistente en libro de familia, certificado de fallecimiento y, en su caso, declaración de heredero, en la que conste la legitimación con la que se actúa. Aludía igualmente como documento preceptivo a *“la aportación de la documentación que acredite la no oposición por parte del fallecido al acceso a la Historia Clínica, aportando en estos casos testamento o en su defecto el Certificado de actos de última voluntad”*.

A la vista de lo actuado, esta Institución analizó las dos principales cuestiones planteadas en el expediente, consistentes en deslindar quiénes son los familiares de una persona fallecida que, por derecho propio, ostentan legitimación para acceder a la historia clínica de aquélla y si dentro de dichos lazos parentales están incluidos los hermanos. Y, por otra parte, cómo se acredita la legitimación para el ejercicio del derecho y, por ende, cuál es la documentación preceptiva a presentar con la solicitud.

Que el hermano del fallecido ostenta legitimación para acceder a la historia clínica de este y que, además, este derecho es autónomo, derivando de su solo grado de parentesco, y que no está condicionado ni subordinado a la voluntad u oposición eventual de cónyuge, ascendientes y descendientes del fallecido, se reconoce sin dudas en la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional de 3 febrero 2023.

Recomendamos por ello a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, en un enfoque general, que procediera a armonizar el derecho de acceso a la historia clínica de personas fallecidas por parte de familiares con legitimación de grado legal bastante, dentro del sistema sanitario público de Andalucía, dirigiendo a todos los centros sanitarios las instrucciones que posibiliten unificar criterios de información y actuación conformes con la legislación, la doctrina y la jurisprudencia, así como la valoración sobre la oportunidad de modificar el formulario establecido para solicitar el derecho de acceso a la historia clínica de forma que se detallen las diferentes circunstancias en base a las cuales se puede solicitar legítimamente el acceso a la historia clínica de personas fallecidas y la documentación necesaria en cada caso.

Al margen de este debate de alcance general, viene siendo usual que la ciudadanía nos exponga asuntos relacionados con dificultades en el **acceso a su propia historia clínica**, obteniendo documentos e informes integrados en ella, normalmente por dilaciones en la entrega de los mismos por la Administración sanitaria, ocurriendo en ocasiones que en



este retraso influye un inadecuado ejercicio del derecho a través de una solicitud no presentada en el modelo normalizado establecido para ello, lo que dificulta su debido encuadramiento y la canalización diligente de la petición. En estos supuestos desplegamos una labor de adecuada información a las personas interesadas.

Por otra parte, tenemos la impresión de que ha aumentado el número de solicitudes dirigidas a la Administración sanitaria para obtener **información sobre los accesos producidos en la historia clínica por parte del personal del sistema sanitario público**.

La Administración sanitaria nos viene explicando que de acuerdo con la Ley, se encuentra regulado en Andalucía el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso, con las correspondiente medidas de control y seguridad en la custodia y conservación de las mismas. Lo que, correlativamente, supone poner a disposición de la ciudadanía la solicitud de acceso de profesionales a la historia de salud, que permite a sus titulares conocer la fecha y hora en la que se ha accedido a su historia, qué actuación se ha realizado, desde qué centro se ha accedido y la categoría profesional de la persona que ha accedido a los datos de salud, sin que puedan ofrecerse los datos personales (nombre y apellidos) de esta última.

Las peticiones son derivadas para informe a la Subdirección de Tecnologías de la Información (S.T.I.) del Servicio Andaluz de Salud, versando las intervenciones de esta Institución sobre demoras en la respuesta, que normalmente dan lugar a la atención inmediata de la misma por la Administración sanitaria ([queja 22/8443](#)) o, en otro caso, llevan a recordar el deber de observancia de los plazos y a recomendar la adopción de los medios que así lo garanticen ([queja 22/3749](#)).

Normativamente por el Ministerio de Sanidad se dictó el Real Decreto 572/2023, de 4 de julio, por el que se modifica el [Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre](#), por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

La **libre elección de médico y de centro sanitario** es un derecho de larga data que, como comprendido dentro de la legislación básica estatal, se consagra dentro del elenco de los que garantiza el vigente Estatuto de Autonomía de Andalucía (artículo 22.2.b), es enumerado entre los que relaciona la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y desarrollado reglamentariamente por el Decreto 60/1999, de 9 de marzo, por el que se regula la libre elección de médico general y pediatra en la comunidad autónoma de Andalucía y el Decreto 128/1997, de 6 de mayo, por el que se regula la libre elección de médico especialista y de hospital en el sistema sanitario público de Andalucía.

En el ámbito de la Atención Primaria no es insólito que con cierta regularidad se traslade al Defensor del Pueblo Andaluz la contrariedad de aquella persona a la que se comunica haber quedado adscrita al cupo de un facultativo o facultativa de familia distinto, de forma no consentida.

Al margen de la natural resistencia al cambio, innata en la mayoría de las personas, funda habitualmente esta objeción la voluntad del paciente de seguir vinculado a un concreto médico de familia y al amparo de la relación de confianza que en el tiempo ha llegado a cimentar con el mismo. Una interesada nos explicaba sus razones para querer permanecer adscrita a su médica de forma muy clarificadora, apelando a la confianza que define la relación médico-paciente, ya que tras diversas experiencias negativas previas su facultativa conocía su historia clínica y hacía un correcto seguimiento de su evolución, siendo así que anteriormente había transitado por consultas varias de médicos de atención primaria, sin que ninguno acertase a diagnosticar la patología que delataban los síntomas que relataba y padecía.

Las razones que ofrece la Administración sanitaria para justificar los cambios no solo presentan lógica, sino que son legítimas, dado que arguye que la mejora de la accesibilidad de los centros de salud precisa de la cobertura o incremento de la plantilla y, a su vez, ello supone la redistribución aleatoria de las personas usuarias entre los facultativos para equilibrar los cupos.

Precisamente por ello las personas que reclaman son instadas por la Administración a darle una oportunidad al nuevo profesional, permaneciendo con el mismo por el período de tiempo suficiente que permita valorar la relación y atención que le presta, con buenos resultados en numerosas ocasiones.

No obstante, aunque se les informa de la alternativa de solicitar un nuevo cambio de médico transcurridos tres meses, la realidad es que se les advierte que en dicho momento podrán optar por el facultativo anterior únicamente si su cupo lo permite, tomando en consideración diversos parámetros (máximo de personas usuarias adscritas, frecuentación, o porcentaje de pacientes de determinados grupos etarios).



Sobre este planteamiento, si bien esta Institución ha venido sosteniendo que el respeto del derecho precisa que de estas redistribuciones aleatorias queden excluidas las personas adscritas a un facultativo por el ejercicio expreso previo de la libre elección ([queja 22/2497](#)), tampoco ocultaremos que tratándose de medidas dirigidas a reforzar las plantillas de profesionales sanitarios y del deber de la Administración de reorganizar para la mejora del servicio, lo conveniente es un enfoque flexible que tomando en consideración el contexto de las necesidades objetivas y colectivas del sistema sanitario, postule un **ejercicio de los derechos individuales, solidario e impregnado de conciencia social**.

Finalmente nos referiremos a un derecho de nuevo cuño en el ámbito sanitario español, el de la **prestación de la ayuda para morir**, en aplicación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la **eutanasia**.

La complejidad e innovación de esta prestación, sin precedentes en nuestro país, hizo que la Ley Orgánica previera la elaboración de un [Manual de buenas prácticas en eutanasia](#) por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, dirigido a asegurar la igualdad y calidad asistencial de la misma, así como un [Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho](#) por el médico responsable.

Aunque ambos documentos indican que las recomendaciones contenidas en los mismos serán revisadas anualmente, en la publicación web de ninguno de ellos aparece cumplimentado el cuadro destinado a dejar constancia del control de revisiones y modificaciones, por lo que entendemos que pervive inalterada su versión original.

En Andalucía, el desarrollo de la ley tuvo lugar mediante el Decreto 236/2021, de 19 de octubre, por el que se crea y regula el Registro de Profesionales Sanitarios Objeto de Conciencia a la **prestación de ayuda para morir** en Andalucía y la Comisión de Garantía y Evaluación para la prestación de ayuda para morir de la comunidad autónoma de Andalucía; por Orden de 10 y 12 de noviembre del mismo año se procedió al nombramiento de los miembros de la Comisión; y por Orden de 22 de noviembre se aprobó su reglamento de régimen interno.

Queda pendiente la consumación del proyecto de reforma del Decreto 236/2021, acometido en noviembre de 2022, cuya finalidad es *“revisar y modificar algunas de sus previsiones a fin de introducir mejoras que garanticen una mayor claridad y seguridad jurídica en la regulación”* del derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir; contemplar la Secretaría de la Comisión y sus funciones; y reformar el Decreto 59/2012, de 18 de mayo, por el que se regula el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía, para posibilitar la constancia de la voluntad de acogerse a la prestación de ayuda para morir.

En lo que toca a las competencias estatutarias de esta Institución, desde la vigencia de la Ley Orgánica 3/2021 no contamos con presencia relevante de peticiones relacionadas con la eutanasia, lo cual es entendible si tomamos en consideración que se trata de una prestación minoritaria y que, al margen del procedimiento, la decisión de fondo es de índole técnica especializada.

En 2023 la casuística quedó ceñida al caso de una persona que nos exponía padecer obstáculos para el acceso a esta prestación dentro del colectivo asistencial de MUFACE y que trasladaba que la Delegación Territorial correspondiente de la Consejería de Salud y Consumo a la que se había dirigido, le había informado que, sin perjuicio de las gestiones que competían a la interesada ante su Mutualidad, procedía a comunicar el incidente al Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, por tratarse de una problemática común al resto de mutualistas.

Dicha Consejería atendió la petición de informe de esta Institución, indicando que la interesada ni siquiera había podido iniciar el procedimiento y que la Comisión de Garantía y Evaluación conocía las dificultades que expresaba la interesada para acceder a la tramitación de la solicitud de ayuda para morir a través de la entidad privada de adscripción libremente elegida por ella, concertada por MUFACE para la prestación de la asistencia sanitaria y todas las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

En el ejercicio de su función en la detección de problemas en el cumplimiento de la ley, la Comisión elevó a la Viceconsejería la situación de asegurados a sistemas de previsión distintos al sistema de aseguramiento público, habiéndose planteado concertar la prestación con MUFACE, siendo preciso para ello la firma de un convenio estatal, por lo que se comunicó a la Secretaría de Estado de la Seguridad Social y Pensiones. No obstante, la Directora General de MUFACE manifestó la imposibilidad de adoptar la solución propuesta.

Finalmente, la interesada optó por la dispensación de la atención sanitaria en el sistema sanitario público, a fin de poder ejercer el derecho a la prestación, a la vista de la imposibilidad de hacerlo en la Mutualidad de su colectivo.



El interés en el seguimiento de la adecuada implantación de la eutanasia y en su evolución en su aún corto recorrido temporal, fue manifestado ante esta Institución por la Asociación por el Derecho a Morir Dignamente de Andalucía, con la que mantuvimos una reunión en el mes de junio de 2023, en la que nos trasladaron el informe elaborado por la misma en el período temporal de junio de 2021 a junio de 2022, con datos sobre los resultados por CCAA, los problemas detectados en el análisis de casos, las aportaciones del Manual de Buenas Prácticas, la solicitud de información a las CCAA y una lectura crítica del Informe del Ministerio de Sanidad de 2021, que era el único disponible en ese momento, completado ahora con el [Informe de Evaluación Anual 2022](#), publicado en diciembre de 2023.

En nuestra comunidad autónoma, en marzo de 2023 se publicó la Memoria de la Comisión de Garantía y Evaluación de la eutanasia de Andalucía, que compendia todo el período de vigencia de la prestación en nuestro territorio desde noviembre de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2022, estando en este momento pendiente la elaboración de los datos de evaluación de 2023, que previsiblemente se publicarán dentro del primer trimestre de 2024.

La asociación aludida manifestó sus consideraciones acerca de las mejoras precisas en la puesta en práctica de la prestación de la ayuda para morir en la comunidad autónoma de Andalucía y respecto de la Declaración de Voluntad Vital anticipada, que podemos compendiar de forma sintética en las dificultades para encontrar Médico/a Responsable o Consultor; la necesidad de que el procedimiento observe los plazos previstos en la normativa, sobre todo en el inicio de la solicitud; abundar en la información y formación del personal sanitario; y mejorar el acceso al registro de la Declaración de Voluntad Vital Anticipada.

Por su interés, debemos citar la Sentencia 94/2023, de 12 de septiembre de 2023, dictada por el Pleno del Tribunal Constitucional, resolviendo la constitucionalidad de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

### **2.1.5.3. Actuaciones de oficio**

- ▶ [Queja 23/1528](#), para investigar sobre las listas de espera quirúrgicas en los hospitales de Jaén y las medidas para garantizar la asistencia de la ciudadanía.
- ▶ [Queja 23/7274](#), para investigar sobre la falta de especialistas en Neurología en la provincia de Huelva.
- ▶ [Queja 23/8467](#), para investigar acerca de los disturbios en la convivencia por una vecina con signos de trastorno de salud mental.
- ▶ [Queja 23/8468](#), para investigar la situación de un vecino con Trastorno Límite de la Personalidad, con necesidad de tratamiento continuado.



# Este tema en otras materias

## Balance

### B2.1.3. El bienestar emocional es el centinela de la salud mental

Al igual que la vulnerabilidad, **la atención a la salud mental** destaca en relación a nuestro compromiso por la dignidad de las personas. La importancia de dar a la salud mental una atención adecuada como elemento imprescindible del bienestar individual y colectivo supone una necesidad de alcance transversal, no limitada únicamente a la respuesta que deba darse desde los recursos del sistema sanitario.

El **bienestar o malestar emocional** se convierte en un indicador centinela situado en la antesala del problema de salud mental, que centra su campo de actuación en el plano preventivo y proporciona la alerta para una detección precoz de enfermedad, especialmente importante en el momento vital de infancia y adolescencia, así como para las personas con trayectorias vitales sujetas a factores de vulnerabilidad.

En este Informe 2023 analizamos la salud mental como una actuación relevante, en la que aportamos nuestra **visión sobre la epidemia creciente de suicidios**; un enfoque sobre las **adicciones y la patología dual**; y una conclusión acerca de los **recursos residenciales** del sistema sanitario o del sistema de la dependencia.

Compilamos en este trabajo los resultados de las tres jornadas celebradas este año sobre salud mental. La **primera** se celebró con el fin de conocer la visión general de la Administración competente en materia de salud y las políticas públicas dirigidas a la salud mental; la **segunda** abordó el bienestar emocional y la salud mental de la infancia y adolescencia, junto con Save the Children; y una **tercera** jornada trató sobre el impacto en los colectivos de extrema vulnerabilidad, entre ellos población inmigrante, personas de etnia gitana y personas con discapacidad.

### B2.1.7. El código postal, a veces, influye más que el código genético

En el trabajo que realizamos hay que tener en cuenta el factor de vulnerabilidad que implica vivir en una ciudad o un pueblo, en zona urbana o rural; en el centro de las ciudades o en un barrio. Al igual que tenemos un enfoque específico sobre la Andalucía vaciada, el enfoque se dirige a esos barrios de ciudades que se han quedado atrás en servicios públicos o equipamientos, relegándolos a categorías diferenciadas de ciudadanía.

En ciudades como Almería, Granada o Sevilla se encuentran grandes dificultades en función de los barrios donde se reside, teniendo los peores indicadores barrios como el Puche en Almería, la Zona Norte en Granada o el Polígono Sur en Sevilla, entre otros de las mismas características.

Llama la atención que, concurriendo tantos problemas, no se tengan registros significativos de quejas, ni individuales ni colectivas, en esta Oficina, lo que nos revela la extrema vulnerabilidad de la población y del descrédito en las distintas instancias para la solución a sus problemas. Es por esto que ponemos de manifiesto la realidad en la que viven muchas personas con economías precarias que no tienen capacidad para buscar una vivienda en otros entornos, dejando atrás familiares y amigos. Como hemos dicho en alguna ocasión, "el código postal, a veces, influye más que el código genético".



## B2.1.10. Retrasos preocupantes en los tiempos de asistencia sanitaria

Un año más la principal preocupación de la ciudadanía en materia sanitaria ha venido propiciada por los tiempos de respuesta asistencial en el acceso a la primera consulta de asistencia especializada y en intervención quirúrgica, un incremento de mayor consideración observado en la provincia de Jaén debido a la falta de profesionales sanitarios de diversas especialidades en la plantilla del complejo hospitalario.

Asimismo analizamos el estado de la **Atención Primaria**; la especial incidencia que provoca en el sistema la **insuficiencia de especialistas**; la pendencia de convocatoria del concurso para la adjudicación de las **Oficinas de Farmacia**; la aceptación de la resolución del Defensor sobre la mejora del **procedimiento de compensación de gastos electricidad por oxigenoterapia domiciliaria**; y un análisis sobre dos derechos específicos como son el **acceso a la historia clínica** y la **prestación de la ayuda para morir**. Otras cuestiones nos han despertado un interés concreto, como son, en primer lugar las controversias generadas en torno a la consideración de **persona afectada por talidomida** y, en segundo lugar, la preocupación por los efectos adversos de las cada vez más frecuentes e intensas olas de calor en las **personas mayores**, manifestada especialmente respecto de las personas con discapacidad por la Asociación Human Rights Watch.

## B2.3.3. Escuchar y conocer la problemática in situ en las visitas comarcales

Aunque la población puede comunicarse con nosotros por teléfono, por correo electrónico o por redes sociales, creemos que nunca se debe de perder el contacto personal. Así nos lo han transmitido tanto las personas, como los organismos y colectivos sociales que valoran muy positivamente ese acercamiento.

Acorde con nuestro compromiso de acercarnos a la ciudadanía y al territorio y a los agentes sociales, y por fomentar sociedades inclusivas y alianzas estratégicas hemos continuado con las **visitas a las comarcas**, habiendo realizado 6 visitas a lo largo de este año 2023: Osuna; Sierra Morena; Valle de Lecrín, Valle del Guadiato; Jerez de la Frontera y Poniente de Almería. En estas reuniones mantenemos reuniones con las organizaciones sociales y con los profesionales de servicios sociales, que nos ponen de relieve las carencias que detectan en el desempeño de sus funciones.

## B2.3.5. Los procesos de mediación para la resolución de conflictos

Esta Institución ha sido pionera en introducir la mediación administrativa en las Defensorías y en difundir y expandir esta herramienta en el ámbito nacional e internacional, como miembro de la Federación Iberoamericana de Ombudsperson. (FIO). Las intervenciones del Defensor del Pueblo durante 2023, con un total de **557 asuntos gestionados**, suponen una clara apuesta por contribuir de manera directa a la cultura de paz.

Ha sido recurrente la **insatisfacción general de la ciudadanía ante el silencio administrativo**. Este aspecto se resuelve en mediación, en la medida en que las administraciones públicas acuden a las sesiones y escuchan de primera mano a las personas afectadas, que sienten que por fin han sido atendidas y en bastantes ocasiones relajan su ofuscación al descubrir que la administración estaba llevando a cabo actuaciones aunque no eran conocedores de ello hasta el momento del encuentro. El porcentaje de **acuerdos alcanzados en las mediaciones** celebradas asciende 2023 a un **61%**. Es reseñable que de las mediaciones en las que ha habido sesión o sesiones de mediación, en solo dos las partes no lograron llegar a acuerdo. A la pregunta sobre el **nivel de satisfacción** alcanzado, con independencia del resultado del proceso, se alcanza un porcentaje de 96,2%.

Asimismo, seguimos en contacto para implantar la piloto de **mediación intrajudicial** para la gestión de asuntos derivados desde la jurisdicción, en orden a contribuir desde la Defensoría a impulsar el conocimiento y desarrollo de la mediación en el ámbito administrativo en nuestra Comunidad Autónoma.



En 2023 se ha publicado un primer **Informe Monográfico sobre el Enfoque actual del dPA sobre la cultura de paz y la mediación en Andalucía**, en el que en el que rendimos cuentas sobre la propia actividad mediadora ejercida por la Institución, al tiempo que incorporamos un diagnóstico sobre los servicios públicos de mediación en la comunidad autónoma.

## B2.3.7. Hemos continuado colaborando estrechamente con el movimiento social y los agentes sociales

Los colectivos sociales contribuyen a la eficaz tarea de defensa de los derechos y libertades constitucionales representa la colaboración con la iniciativa social.

El movimiento asociativo es altavoz de las demandas de la ciudadanía y resulta de extraordinaria utilidad para enfocar la actividad de la Defensoría. La Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz es un observatorio privilegiado que nos muestra la realidad social, en este caso, revelada a través del tejido asociativo, y nos permite articular nuevas actuaciones desde esta mirada, como una de las importantes responsabilidades que asume el titular de la Institución, dando voz a todas esas personas y contribuyendo a que tengan mejores condiciones de vida.

En el desarrollo de la actividad institucional, a lo largo del año 2023 se han mantenido **605 reuniones y contactos con entidades, organizaciones y agentes sociales**, tanto en el curso de la tramitación de quejas como de otras iniciativas o actuaciones llevadas a cabo por la Institución.

También contamos con el funcionamiento del Consejo Asesor del Defensor del Pueblo Andaluz y Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía en materia de Menores (el [e-foro de Menores](#)) creado por esta Institución en noviembre de 2008 y que ha facilitado asesoramiento a la Institución en esta materia y ha posibilitado la efectiva participación en la misma de los niños, niñas y adolescentes de Andalucía.

Como en años precedentes, se ha organizado la [XVI edición de los Premios de la Defensoría de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía](#). Con ello consolidamos esta iniciativa que tan buena acogida tiene entre este sector de población para promocionar y divulgar los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

## 1.2. Compromiso del Defensor del Pueblo Andaluz con la igualdad de género y trato

### 1.2.2.1. Situaciones de violencia y discriminación contra la mujer

...

Finalmente se hace constar que la Consejería de Salud y Consumo, a través de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica y en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública, ha elaborado el [Protocolo sobre "Abordaje Integral de Víctimas de sumisión química y/o agresión por objeto punzante"](#), con el fin de facilitar el acceso a todos los profesionales sanitarios alas pautas de actuación y los procedimientos de coordinación ante esta agresión que constituye un delito.

Este protocolo es específico para los diferentes escenarios que pueden presentarse ante una sospecha de sumisión química (con o sin agresión sexual), con el fin de que se realice una adecuada valoración, actuación y seguimiento de cada caso teniendo en cuenta las políticas, prácticas y procedimientos legales preceptivos. Establece cómo debe ser





la comunicación y coordinación entre los profesionales del ámbito sanitario, Medicina Forense, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y los demás agentes implicados en la atención y actuación ante posibles situaciones de sumisión química.

...

### 1.2.2.3. Salud y bienestar

En el Plan Estratégico para la igualdad de mujeres y hombres en Andalucía 2022-2028, que dedica una de sus líneas de acción a la Salud, se reconoce que **la salud de las personas está determinada en gran parte por su situación socioeconómica, que a su vez se ve condicionada por las desigualdades y brechas de género**. La Escuela Andaluza de Salud Pública, en el [n.º 0 de los Cuadernos para la Salud de las Mujeres](#), explica el marco de género como determinante de la salud y eje fundamental de las desigualdades en salud entre mujeres y hombres:

*«(...) **la salud –que va más allá de la ausencia de enfermedad– no tiene solo una base biológica, sino también unos determinantes sociales, entre los cuales el género ocupa un papel fundamental**. Igualmente, asumimos que las mujeres somos muy diversas, y que el enfoque de género en la salud tiene que tener en cuenta esta diversidad y los distintos ejes de discriminación que se entrelazan con el género para producir desigualdades en salud. Este enfoque de la diversidad está relacionado igualmente con el concepto de vulnerabilidad, esto es, hay grupos de mujeres que por sus características biológicas, psicológicas o sociales, están más expuestas a factores de riesgo para su salud.*

*(...) Con frecuencia se reduce la salud de las mujeres a la salud reproductiva. En los demás aspectos de la salud **se asume en muchas ocasiones una “falsa igualdad” con la salud de los hombres**, entre otras cosas porque son los varones los que han participado mayoritariamente como sujetos de estudio en la investigación en salud. Estos sesgos de género (androcéntricos) en la investigación, y en consecuencia también en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, han mantenido ocultas a las mujeres en el campo de la salud, más allá de lo que atañe a su condición reproductiva.(...)»*

Tanto el poder legislativo estatal como el autonómico han establecido la **obligación de integrar el principio de igualdad en las políticas de salud**, a través de directrices concretas, con el objetivo de asegurar que tanto mujeres como hombres tengan acceso equitativo a los servicios de salud y a condiciones de bienestar óptimas.

Así, los artículos 41 y 42 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía, de conformidad con el artículo 27 la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, menciona de forma específica las obligaciones de la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía y el Sistema Sanitario Público de Andalucía

Es por tanto responsabilidad de la Administración sanitaria, y de esta Institución como supervisora de sus actuaciones, incorporar de forma efectiva la perspectiva de género en la línea de las referidas directrices.

**Algunas de las actuaciones sanitarias que de forma más obvia se deben afrontar con mirada de género son las referidas a los procesos médicos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio.**

Organizaciones nacionales como el Ministerio de Sanidad y grupos de defensa de los derechos de las mujeres en España han trabajado para fomentar prácticas más respetuosas en el parto, incluyendo la promoción de las cesáreas humanizadas y la lucha contra la violencia obstétrica. Estos esfuerzos buscan garantizar que las mujeres reciban un cuidado respetuoso y basado en evidencias durante todo el proceso de maternidad.

En 2023 recibimos tres comunicaciones de mujeres que insistían en la importancia de la **humanización de las cesáreas** (quejas 23/1971, 23/8212 y asunto general 23/0038). El concepto de “cesárea humanizada” se refiere a la práctica de realizar cesáreas respetando los deseos y la comodidad de la madre, incluyendo medidas como permitir el contacto piel con piel inmediato entre madre e hijo y facilitar la lactancia materna lo antes posible.

Poco a poco algunos hospitales están implementando sus propios protocolos basados en las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales. En la [Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal](#), publicada en 2010, el Ministerio de Sanidad ya recomendaba “que las mujeres mantengan el contacto piel con piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento”; y en la [Estrategia de atención al parto normal](#) en el Sistema Nacional de Salud,



de 2012, se insiste en la importancia de incluir en los protocolos la indicación de colocar inmediatamente tras el parto a la criatura recién nacida, piel con piel con su madre, durante al menos 70 minutos -también en casos de cesáreas-, como derecho básico del nacimiento.

Esta Institución se ha interesado ante centros hospitalarios del sistema sanitario público de Andalucía, por la **observancia del contacto piel con piel también en los partos por cesárea**, conforme a las evidencias de los beneficios indudables que del mismo se derivan para los recién nacidos durante las primeras horas de vida. En los partos por cesárea los principales inconvenientes expresados desde los hospitales públicos han versado sobre la adaptación de los espacios físicos, o se han derivado de otros planteamientos o circunstancias de índole clínica, como el del estado de salud de la madre o la responsabilidad de los cuidados en cuanto al menor.

La consciencia o rapidez de la reanimación de la madre sometida a cesárea, tras los avances en este campo, permiten sin embargo un replanteamiento que, además, ha dado lugar a la instauración de protocolos asistenciales adecuados en el paritorio de algunos [Hospitales, como en el Hospital Universitario de Valme en Sevilla](#). En efecto en este centro se ha instaurado un protocolo que permite la recuperación de la madre en el paritorio junto a su hijo recién nacido y el acompañante elegido, evitando así la separación tras la cesárea. En general, pues, **se observa un cambio progresivo en la actitud de los hospitales españoles hacia la humanización de las cesáreas**, aunque aún hay variaciones en la adopción de estas prácticas dependiendo de la región y del hospital.

Actualmente se encuentra en trámite la citada queja 23/8212, en la que hemos solicitado al Hospital Punta de Europa (Cádiz) que nos informe sobre la práctica asistencial que se viene aplicando acerca de la cuestión expuesta y las previsiones sobre el particular, dentro del marco normativo actual, así como del Plan de Humanización del sistema sanitario público de Andalucía.

Como **novedad normativa en el ámbito de la salud sexual y reproductiva**, debemos citar la aprobación de la [Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo](#). Esta norma ha vuelto a reconocer el derecho de las mujeres de entre 16 y 18 años y de las mujeres discapacitadas a interrumpir su embarazo sin el permiso de sus progenitores y tutores, y además ha puesto el foco en el cuidado, la prevención y el tratamiento de la salud sexual y menstrual, con numerosas novedades que sin embargo por razones de espacio no podemos detallar.

Sí debemos resaltar la novedad del derecho a la baja laboral por menstruación dolorosa, conocida también como dismenorrea secundaria. Esta situación de incapacidad temporal es aplicable en casos de menstruación incapacitante secundaria asociada a patologías como endometriosis, miomas, enfermedad inflamatoria pélvica, adenomiosis, pólipos endometriales, ovarios poliquísticos, entre otros. Para solicitar esta baja, es necesario contar con un diagnóstico médico de alguna de estas condiciones. El procedimiento es similar al de otras bajas por incapacidad temporal, siendo necesario acudir al médico de cabecera para obtener el correspondiente informe médico. Las empresas no tienen que asumir el coste de estas bajas, ya que serán cubiertas íntegramente por la Seguridad Social desde el primer día de la baja. Además, no se requiere un periodo mínimo de cotización previo para acceder a esta prestación.

Esta ley es un **paso importante en el reconocimiento de la salud menstrual como parte integral del bienestar de las mujeres, y marca un precedente en Europa**.

Además de todo lo anterior, se han planteado este año muchas otras cuestiones en materia de salud con perspectiva de género, referentes a tratamientos de reproducción asistida, al derecho al aborto, a las sedaciones para la realización de punciones ováricas o a la realización de mamografías preventivas del cáncer de mama, si bien, dado que las actuaciones iniciadas en cada caso continúan en trámite en la fecha de cierre de este informe, efectuaremos las oportunas reflexiones en el próximo Informe Anual a la luz de toda la información recabada.

## 1.2.2.8. Población femenina reclusa

...

Estas situaciones a menudo provocan en las mujeres presas el desarrollo de **enfermedades mentales** que en muchos casos son diagnosticadas y atendidas en prisión; de hecho, más de la mitad de de las quejas tramitadas a instancia de



internas en prisión este año 2023 denunciaban carencias en la atención facilitada por especialista en psiquiatría o por incidencias con la medicación pautaada por las unidades de Salud Mental (quejas 23/0059, 23/0231, 23/1187 o 23/6628).

...

## 2.1.1. Dependencia y personas mayores

### 2.1.1.1.6. Servicio residencial

...

Si tomamos como ejemplo la evolución del precio de las plazas públicas concertadas en los centros residenciales para mayores en situación de dependencia en Andalucía en la última década, advertimos lo antedicho. De 2012 a 2015 el coste máximo por plaza se mantuvo invariable (50,20 euros), descendió ligeramente en los años 2016 y 2017 (49,57), volvió a niveles similares a 2015 en 2018 (50,51) y comenzó a experimentar una subida discreta en los años siguientes, hasta alcanzar los 58,30 de 2023, que ha sido la anualidad de un incremento mayor, dentro de la modestia de las actualizaciones en perspectiva global.

Precisamente nos expresaban esta idea representantes **de LARES Andalucía**, como Asociación andaluza de Residencias y Servicios de atención a los mayores -sector solidario-, **perteneciente al sector de centros residenciales no lucrativos en Andalucía**, que en comparecencia presencial ante esta Institución expusieron la importancia de la labor que desempeñan y las dificultades graves por las que atraviesan por razones de financiación pública de las plazas concertadas, alertando sobre sus múltiples necesidades y carencias y aportando las soluciones que para su corrección deberían adoptarse.

Comenzando por su labor, los representantes del referido sector explicaron que conforman una Asociación de Residencias para personas mayores, 138 actualmente, más 32 Unidades de Estancia Diurna y casi 4000 trabajadores y 8000 personas atendidas en sus centros, con 3714 plazas concertadas, además de las plazas sociales, solidarias, en el marco de su obra social.

Las dificultades para el sostenimiento del sector orientan su demanda al incremento del precio de las plazas públicas concertadas, cuyo estancamiento y cuantías hemos expuesto anteriormente, razonando que la media de estructura de costes de una residencia tipo y su evolución en la última década, precisan que la Administración actualice la tarifa de la plaza concertada durante tres años consecutivos y con carácter retroactivo.

De forma complementaria compendian un elenco de propuestas que hay que decir que coinciden con lo que sería deseable para que el Sistema de la Dependencia se mantuviera en parámetros aceptables de respeto del derecho de sus destinatarios: sistema transparente y ágil de valoración y asignación/elección de plaza residencial; aprobación de un procedimiento único que permita reducir la lista de espera; aumento de los valoradores y del personal técnico cuya insuficiencia impide llevar a término la tasa de reposición de las plazas; la ampliación de la oferta de plazas concertadas residenciales y en centros de día, para personas dependientes asistidas y con trastornos de conducta, en progresión anual sostenida del 15% y con reparto territorial equilibrado y equitativo; y el impulso del programa de respiro familiar.

En materia del derecho a la protección de la salud de las personas residentes en centros sociosanitarios, postularon la plena asunción de competencias por el Servicio Andaluz de Salud y la creación de un dispositivo de coordinación socio-sanitaria, que acometiera la asistencia sanitaria de aquellas dentro de los centros, mediante el instrumento oportuno.

...

La **coordinación sociosanitaria**, por su parte, sigue siendo una asignatura pendiente en Andalucía, como resulta de los casos que conocemos de personas que permanecen en situación de ingreso hospitalario, a pesar de tener alta clínica, por falta de agilidad en la intervención del Ministerio Fiscal, de las fundaciones de apoyo a la capacidad, y de la ASSDA, cada uno en su respectivo ámbito de responsabilidad y competencia, según los casos.



Lo cierto es que la falta de adopción de medidas de una u otra índole y de recursos intermedios no estrictamente sanitarios, convierte en huéspedes involuntarias a las personas que, superada la fase aguda de alguna patología que requirió ingreso hospitalario, han perdido su capacidad de autogobierno o de autovalimiento en ese tiempo y no cuentan con familiares ni red social de apoyo, no presentando condiciones de volver a vivir solas sin riesgo a su integridad.

En la mayor parte de estos casos es loable la intervención de los profesionales de trabajo social, tanto de los hospitales como de los municipios, en pos de comunicar, notificar y gestionar una respuesta.

...

## 2.1.1.2.2. Respeto a la autonomía de la voluntad

...

Especial consideración merecen las denuncias de hijos que sospechan que sus padres han sido víctimas de una **deficiente atención social y/o sanitaria en un centro residencial** para personas mayores. Usualmente se trata de personas que achacan el empeoramiento de salud, o incluso el fallecimiento de su progenitor/a, a la desatención sanitaria proporcionada o demandada al sistema sanitario público desde la residencia, por indicios que afloran tras practicarse su ingreso residencial, a través de lo reflejado en los informes clínicos, como hematomas que revelan caídas no informadas, fracturas no detectadas y por ello no comunicadas a la familia, deshidratación o valores analíticos anormales.

Todo ello lleva a la familia a sospechar que no ha existido una atención, supervisión ni cuidado adecuado en la residencia, anudando la consecuencia de salud perjudicial a las omisiones del centro.

El Defensor del Pueblo Andaluz orienta a las personas peticionarias, indicándoles que cualquier tipo de acción dirigida a depurar la responsabilidad derivada de posible negligencia, es una decisión personal que debe ser valorada por su parte con todos los elementos disponibles, a fin de poder evaluar si existen elementos razonables y objetivos de prosperabilidad.

Sobre ello, informamos de que la adopción de alguna decisión precisa obtener información y datos que permitan profundizar en las dudas existentes, lo que pasa por solicitar a la residencia una copia de las anotaciones de toda índole que se realizaran en el centro respecto del padre o madre (atención sanitaria, intervenciones de enfermería, administración de medicación, etc.). Asimismo, es posible poner los hechos en conocimiento de las Consejerías competentes en materia social y sanitaria, a los efectos que procedan.

La información obtenida del centro residencial, en conjunción con los informes clínicos sanitarios y el eventual resultado de actuaciones de Inspección, permite valorar la decisión a adoptar y apreciar si, de algún modo, existen elementos objetivos que sustenten alguna una relación de causalidad entre la actuación/omisión del personal de la residencia y el deterioro de salud o fallecimiento del residente.

Finalmente, en conexión con el maltrato, se incardinan las prácticas de **uso de las sujeciones o de medios de contención mecánicos o farmacológicos** en unidades psiquiátricas o de salud mental y en centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores (y/o con discapacidad), que aunque cuenta con marco normativo en el que encuadrarse, precisa de una mejora de la homogeneidad y mayor concreción en algunos aspectos.

Además del marco normativo representado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en cuyo consentimiento informado como acto médico, se enmarcan las exigencias del uso de las contenciones, contamos con el Código de Deontología Médica de diciembre de 2022, como guía de ética médica, que dedica un capítulo a la atención a la violencia, tortura, vejaciones y limitaciones en la libertad de las personas, disponiendo que: *“Cualquier medida de contención física o farmacológica es una limitación de la autonomía de la persona y, por lo tanto, puede constituir un atentado contra su dignidad, salvo circunstancias clínicas especiales que indiquen su uso”*.

Por su parte, la Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, establece las pertinentes consideraciones sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad.



Por lo que a Andalucía atañe, cabe destacar que el derecho de las personas usuarias de centros residenciales a la no inmovilización o restricción física o intelectual, por medios mecánicos o farmacológicos, se reconoce en la Ley de Servicios Sociales de Andalucía (prescripción y supervisión facultativa, salvo peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o terceras personas) que la verificación por la Administración se realiza a través de ítems incluidos en los Planes Anuales de Inspección de Servicios Sociales desde 2006 y que existen Planes de formación del IAAP para el personal de centros públicos; si bien no se ha procedido a la **elaboración de un protocolo único de común aplicación y estrategias para la prevención de su uso**, como se indicó en su momento por la Dirección General competente en materia de mayores de la Consejería de Inclusión Social.

Deseamos destacar la labor que para concienciar sobre la necesidad de su eliminación, concebidas como forma de maltrato producto de malas prácticas residenciales, vienen desarrollando entidades como Confemac.

### 2.1.1.2.3. La respuesta administrativa en situaciones de vulnerabilidad: diligencia, eficacia y coordinación interadministrativa

En esta anualidad consideramos necesario destacar la **labor desarrollada por los Servicios Sociales Comunitarios de la ciudad de Cádiz, en coordinación con los de otras administraciones**, en beneficio de un vecino de la ciudad que vivía solo, careciendo de familia y socialmente aislado por su sordomudez.

Como ocurre en tantos otros casos, vecinos perturbados por los comportamientos del afectado y privados del necesario descanso por ello, instaban la adopción de medidas, entre otras la conclusión del procedimiento de apoyo judicial a su capacidad en curso que, en buena parte, perseguían el interés particular vecinal.

Cuando esta Institución admitió a trámite la petición teníamos muy presente la necesidad de que **cualquiera que fuese la medida activada, esta debería tener por interés superior la protección de este vecino mayor y, desde luego, tomar en consideración su voluntad**.

Con esta premisa solicitamos informe social al Ayuntamiento de Cádiz, desde el que se activaron actuaciones de coordinación con la Fiscalía Provincial, la trabajadora social del centro de salud, de la Unidad de Salud Mental, del hospital y de una asociación de personas con discapacidad auditiva, *Albor*, que en este último caso ha sido la encargada de la labor traductora, desplegando una intervención muy intensa y apreciable de todos los intervinientes.

La labor de los profesionales involucrados, especialmente las trabajadoras sociales del Ayuntamiento y del sistema sanitario, dio lugar a un proceso de trabajo en el que se concluyó que, efectivamente, el afectado sufría incomunicación y aislamiento social por su discapacidad auditiva del 65%, que le supone no escuchar y no emitir más que sonidos ininteligibles, sin disponer de prótesis auditivas, adaptaciones del hogar, conocimiento de la lengua de signos, no sabiendo leer y escribir.

Las patologías sanitarias por las que demandaba atención no podían ser valoradas, tratadas y seguidas adecuadamente por los profesionales sanitarios, a causa de la incomunicación.

Los profesionales de los Servicios Sociales concluyeron que **el afectado precisaba supervisión y cuidados habituales**, sobre todo en materia de control sanitario y farmacológico, gestión de su patrimonio, higiene de la vivienda y vinculación a red social de apoyo, lo que pasaba por adoptar medidas de apoyo judicial a su capacidad, que permitieran su integración, así como contar con **el servicio de ayuda a domicilio**.

Respecto de esto último, activado el reconocimiento de su situación de dependencia por urgencia social, el afectado fue valorado como dependiente moderado, lo que le privaba de la necesaria intensidad de la ayuda a domicilio, procediendo el Ayuntamiento a reconocerle como complemento la ayuda a domicilio municipal, instando de oficio la revisión de grado al no ajustarse la valoración a la situación real del afectado.



La revisión condujo a una dependencia severa, si bien, **la propuesta de PIA orientaba a un centro residencial**, lo que, como ya auspiciábamos, provocó el rechazo del interesado y su alteración, a pesar de lo cual la Delegación Territorial de Inclusión Social refería que se estaba trabajando para consensuar con él dicho recurso.

Nuevamente esta Defensoría comunicó al Ayuntamiento de Cádiz la **preocupación por la decisión que pudiera alcanzarse y el respeto a la autonomía de su voluntad**, teniendo en cuenta las preferencias manifestadas por el interesado, que no deseaba abandonar su domicilio y entorno.

Finalmente, desde el Ayuntamiento se concluyó informando sobre el archivo de las diligencias dirigidas a adoptar medidas de apoyo judicial, al concluirse que, al margen de su deficiencia sensorial o sordomudez, el interesado no está incurso en causa legal alguna que lo justifique, ostentando capacidad de autogobierno personal y patrimonial; y nos traslada la ingente intervención social desplegada a su favor, cuyo resultado ha sido la mejora de su calidad de vida en los ámbitos de salud, vivienda, alimentación y organización doméstica en general.

**En este resultado ha sido relevante el enfoque sensible de los Servicios Sociales y su dedicación y labor rectora y de coordinación interadministrativa**, que en la disyuntiva de cuál pudiera ser el recurso idóneo del Sistema de la Dependencia, ha apreciado la oportunidad de crear un vínculo de confianza centrado en la persona, con su participación en todo el proceso de atención, respeto a su ritmo, opinión y decisiones, concluyendo la idoneidad de la ayuda a domicilio.

El esfuerzo y trabajo de los profesionales de los Servicios Sociales, activando la coordinación con otros muchos como directores del proceso, ha permitido que el interesado cuente en la actualidad con los recursos disponibles para vivir en su medio habitual y mantenerse integrado en su barrio y ciudad, así como conocer mejor sus necesidades, a fin de trasladar al sistema judicial en estos momentos cuáles son los ámbitos en que revestirán utilidad las medidas de apoyo judicial para la protección de sus bienes y ámbito económico y patrimonial.

**Felicitemos a los profesionales de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Cádiz que han hecho honor con este caso al verdadero sentido de su intervención.**

## 2.1.1.2.5. El derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de las personas mayores

**El derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de las personas mayores** se ve mermado por los **tiempos de respuesta asistencial**, con especial incidencia de las demoras en el acceso a la primera consulta de especialidad y a procedimientos diagnósticos cuando se trata de patologías con prevalencia en la población mayor, al limitar las ventajas de la prevención y los beneficios de la detección precoz y de un diagnóstico adecuado.

La demora en las **intervenciones quirúrgicas**, sin necesidad de mayor análisis, también es un factor que perjudica el pronóstico de recuperación de las personas mayores que aguardan en las listas de espera que, como decimos, cada vez son más numerosas y de edades más avanzadas.

Especialmente relevante es la necesidad de una respuesta diagnóstica y de tratamiento temporáneo, cuando se trata de síntomas que puedan apuntar a una posible **patología neurológica**, y preocupante su atención sanitaria a tiempo, a causa del relevante déficit de neurólogos que aqueja a muchos centros sanitarios andaluces, en provincias como Huelva y Jaén, entre otras, con la consiguiente afectación al derecho a la protección de la salud de las personas mayores.

En relación con lo anterior, debemos aludir al **Alzheimer y otras demencias**, calificados como problemática de prioridad social y sanitaria por los responsables públicos y especialistas que intervinieron en la Jornada organizada por el Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental, acerca de los retos en Andalucía.

En dicha Jornada se presentó el [Plan Integral Alzheimer y otras demencias](#), que conduciría a la elaboración consecuente del Proceso Asistencial Integrado para el abordaje del Alzheimer y otras demencias, con enfoque terapéutico multidisciplinar y en la terapia no farmacológica con entrenamiento cognitivo.

En palabras de los participantes, el envejecimiento es un reto mundial con específico reflejo en las demencias, con significativos datos de prevalencia, distinguiendo entre preseniles y personas diagnosticadas, ascendentes a 122.000 las



personas afectadas por alzheimer en Andalucía y a 160.000 las afectadas por demencias, lo que supone importantes costes económicos y de otro tipo.

El Plan se compone de 4 líneas estratégicas: 1) Sensibilización, concienciación y adaptación de la sociedad; 2) Promoción de la salud cognitiva, prevención, diagnóstico precoz y atención a la persona con demencia; 3) Derechos, ética y dignidad de las personas afectadas, familias y personas cuidadoras; y 4) Formación, investigación, innovación y sistemas de información.

En el plano del diagnóstico precoz se indicó que únicamente se diagnostica el 10% de las demencias preseniles y se destacó la importancia de la prevención, la detección precoz y el abordaje temprano.

En relación con la prevención, se apuntó a la promoción de un nuevo modo de vida que permita cambiar sus factores de riesgo modificables (cardiovasculares, alimentación, hipertensión, colesterol y sedentarismo).

Como factores de riesgo externos, operan la hipoacusia, las depresiones repetidas y la soledad no deseada, lo que nos lleva a destacar el papel relevante de políticas públicas centradas en materias como la salud mental y el envejecimiento activo de la población mayor.

En lo atinente a la **detección precoz**, se expuso que existe infradiagnóstico e infrarregistro en la fase prodrómica, considerando esta Institución que **las carencias aludidas del sistema sanitario público no favorecen** ni la detección precoz de la enfermedad, ni posibilitan la mejora del pronóstico, con los beneficios de la estimulación cognitiva desde fases tempranas.

Por último, junto a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores afectadas por estas demencias, se destacó la toma en consideración de las **necesidades de los cuidadores y familiares** de personas con Alzheimer y otras demencias. Y, desde esta perspectiva, se reprocharon las **deficiencias del Sistema de la Dependencia**.

En general, reconectando nuevamente con la insuficiencia de especialistas del sistema sanitario público, a la que aludíamos como causa que demora la detección diagnóstica, podemos decir que **las plantillas no están adaptadas al impacto que precisa el fenómeno demográfico de la población mayor** y, a título de simple ejemplo, así lo expresaba en Huelva la gerencia del Hospital Juan Ramón Jiménez, cuando refería que el centro solo cuenta con dos consultas de Urología desde hace 30 años, a pesar del envejecimiento de la población, lo que, en suma, podría predicarse también de otras muchas especialidades y profesionales de la salud estrechamente relacionados con la atención sanitaria a las personas mayores.

Valoramos por ello positivamente **la incorporación de la especialidad de Geriátrica a la categoría profesional de Facultativo/a Especialista de Área en el ámbito de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud**, que se ha llevado a cabo por [Orden de 11 de octubre de 2023](#) de la Consejería de Salud y Consumo, con fundamento en los artículos 19 y 22.2 EAA, a cuyo tenor, los pacientes y usuarios del sistema andaluz de salud tendrán derecho a recibir asistencia geriátrica especializada y a acceder a una atención gerontológica adecuada, en el ámbito sanitario, social y asistencial.

Reparando a continuación en la **atención sanitaria de las personas mayores que viven en los centros residenciales**, debemos manifestar de nuevo la preocupación de esta Institución sobre este aspecto que, a todas luces, acusa la carencia de facultativos del ámbito de la Atención Primaria y que no cuenta con un modelo claro de respuesta en la atención programada.

También es una incógnita para la Defensoría cuál es la **atención a la salud mental de las personas mayores residentes en centros sociosanitarios**, cuál su prevalencia, sus canales de respuesta y sus procedimientos específicos.

Y no se trata de una preocupación sin sustento, aunque permanezca a oscuras, sin datos que la alumbren ni instrumentos de respuesta prefijados, que al menos han llevado a la Administración sanitaria a tomarla en consideración dentro del análisis y de los trabajos dirigidos a la conclusión del Plan Integral de Salud Mental y Adicciones, en los que ya se avanzan las necesidades de implantar respuesta de psicogeriatría en situaciones de crisis por problemas de conducta; establecer programas de apoyo a las residencias, que incluyan la atención domiciliaria en las mismas; y establecer la coordinación de los profesionales de Salud Mental con los profesionales sanitarios de las Residencias y con los de Atención Primaria, así como con los servicios de Neurología.



En conclusión, debemos poner de relieve la oportunidad de moldear la **estructura y recursos del sistema sanitario público de Andalucía**, a fin de preparar y adaptar su respuesta a las necesidades de un perfil de usuarios/as de edades avanzadas, con cronicidades, comorbilidades y patologías asociadas a la edad, de gran entidad que, además, ofrezca la cobertura adecuada a todas las personas mayores, con independencia de la ubicación geográfica en que residan dentro de Andalucía y de si lo hacen en su entorno familiar o en un centro sociosanitario.

## 2.1.2. Educación y Universidades

### 2.1.2.1.2.6. Equidad en la Educación

...

Queremos comenzar retomando una actuación de oficio que incide en aspectos sumamente delicados de atención de este alumnado cuando se requiere **la intervención de profesionales de la enfermería** como apoyo en los escenarios escolares. Y es que, dentro del complejo organizativo que tiene el sistema educativo para atender al alumnado con necesidades especiales, la experiencia de esta Defensoría acumula numerosos antecedentes sobre la demanda de atención sanitaria de estos niños y niñas durante su presencia en los centro escolares. Inevitablemente, en ocasiones, este alumnado necesita cuidados en el marco de la actuación de profesionales sanitarios, en concreto, de la enfermería. Esta cuestión se canalizó a través de una actuación de oficio que derivó en una resolución dirigida a las Consejerías en materia de Salud y de Educación ([queja 22/2536](#)).

Tanto la Consejería de Desarrollo Educativo como la Consejería de Salud han basado sus respuestas remitiéndose a un Protocolo específico elaborado y acordado entre ambos departamentos que, según se indica, “estará listo para su entrada en vigor a la mayor brevedad posible” (informe de 27 de julio de 2023). Como quiera que, hasta la fecha y salvo error u omisión, no se ha hecho público dicho Protocolo ni dispuesto su aplicación, solicitamos de ambas Consejerías copia de dicho documento, una vez aprobado, y las medidas adoptadas para su puesta efectiva en funcionamiento.

Seguimos, pues, a la espera de poder evaluar las respuestas concretas que ambas Consejerías van a adoptar sobre este delicada cuestión y que sigue estando presente en variadas quejas que nos hacen llegar las familias del alumnado afectado, así como desde los mismos profesionales de la educación ([queja 23/1429](#), [23/2297](#), [23/8615](#), [23/8896](#)).

...

## 2.1.3 Infancia y adolescencia

### 2.1.3.2.3. Infancia especialmente vulnerable

...

Hemos continuado prestando una singular atención a los **problemas de personas menores de edad con necesidades especiales por problemas de salud o discapacidad**.

Comenzamos por aquellos **niños y niñas afectados por dolencias que les hacen especialmente vulnerables a ruidos sorpresivos y extremos**. Algunos ciudadanos demandan una regulación más rigurosa por parte del Ayuntamiento de Sevilla del uso de material pirotécnico para que no perjudicase la salud de estos menores.

Nos enfrentamos a una cuestión polémica con dos posturas antagónicas. De un lado, proclive a una prohibición absoluta del uso de material pirotécnico y, de otra, la de las autoridades municipales que consideraban suficiente la actual regulación que limita la tolerancia de las molestias sonoras asociadas al uso de pirotecnia sólo a fechas concretas y en tramos horarios determinados, coincidentes con celebraciones populares muy asentadas.





La posición de esta Defensoría siempre ha de estar del lado de las personas más vulnerables, como lo son aquellas que por sus características personales son especialmente sensibles a los ruidos, más aún tratándose de menores de edad, cuyos derechos han de ser objeto de especial tutela y protección, y por ello nos decantamos porque aun en un contexto festivo se procuren evitar, o al menos reducir al mínimo, aquellas molestias provocadas por ruidos que causan de forma innecesaria daños a personas o animales.

Se trata de una cuestión con la que incluso se vienen mostrando sensibles centros comerciales privados, que reducen la música ambiente del recinto comercial en determinadas franjas horarias para que puedan realizar sus compras aquellas personas o familias afectadas por este problema, lo cual pone en cuestión la efectividad de las medidas adoptadas por las distintas administraciones públicas en el sentido en el que vienen avanzando incluso entes privados.

Abordamos además por un mayor control de la utilización de artificios pirotécnicos, especialmente en las fechas en que es frecuente su uso, mediante campañas de sensibilización social del daño que producen y también mediante planes o protocolos a ejecutar por la policía local para el control del uso abusivo o fuera de los tramos horarios permitidos. Y es por ello que emitimos una Resolución al Ayuntamiento de Sevilla para que inicie los trámites para la elaboración de unas Ordenanzas específicas reguladoras del uso de material pirotécnico en el término municipal de Sevilla garantizando de este modo una mayor protección de las personas especialmente sensibles a ruidos extremos ([queja 22/3274](#)).

Una problemática que es recurrente en las quejas que año a año tramita esta Defensoría es la relativa a **la atención de los problemas de comportamiento de las personas menores de edad**, especialmente durante la adolescencia.

Citemos un ejemplo. El padre de un adolescente se mostraba disconforme con la intervención de la administración educativa ante las reiteradas sanciones impuestas a su hijo sin tener en consideración sus especiales circunstancias personales, afectado por un trastorno del comportamiento diagnosticado en la unidad de salud mental infanto juvenil, y por el que venía siendo tratado en dicho dispositivo sanitario público.

En este caso la administración educativa alude a la conflictividad familiar que vive el menor, la cual repercute en su comportamiento. Estas circunstancias han sido tenidas en cuenta por el instituto en el que está matriculado velando por su interés superior al considerar que se encuentra en una situación de especial riesgo socio-educativo. Para ello, se le ha preservado, en lo posible, de los desencuentros entre ambos progenitores, se ha dado traslado de la situación del alumno tanto a los correspondientes servicios de la Delegación de Educación, como a los demás organismos que intervienen en el caso y se ha abierto un protocolo de maltrato ([queja 23/0785](#)).

## 2.1.3.2.4. Responsabilidad penal de menores

...

El ejercicio de 2023 ha permitido continuar con nuestra labor de tutela y garantía de los derechos de las personas menores infractoras desde un enfoque específico analizando y atendiendo las queja individualmente recibidas y, a la vez, **procurando abarcar un ámbito más general sobre el conjunto del Sistema de Justicia Juvenil**.

Precisamente este enfoque global cuenta con sólidos antecedentes gracias al estudio realizado en 2014 sobre estos CIMI, recorriendo todos estos recursos repartidos por toda Andalucía. El resultado fue la presentación ante el [Parlamento de un Informe Especial](#) que contenía una interesante relación de propuestas y medidas de mejora que fueron recibidas con un claro ánimo colaborador desde la administración responsable.

Nueve años después hemos considerado oportuno realizar un **seguimiento de estas medidas aceptadas tras la presentación del Informe Especial a través de una serie de quejas de oficio** dirigidas a comprobar los procesos de mejora que se anunciaron referidos a varios aspectos muy importantes: atención en salud mental ([queja 23/5510](#)), asistencia jurídica a los menores ([Queja 23/5511](#)) o recursos adaptados de formación profesional ([Queja 23/7752](#)).

Por cuanto respecta a la atención a la salud mental, hemos solicitado a las Consejerías responsables en materia de Justicia y de Salud la puesta al día de los sistemas de atención ante las necesidades de estos jóvenes que presentan, en gran medida, carencias de salud mental en un amplio espectro, sobre todo por problemas derivados de adicciones, incidentes de conducta o han desarrollado propiamente enfermedades mentales.



La asistencia jurídica a cargo de profesionales de la abogacía ha sido motivo también de un completo análisis contando con la participación de todos los Colegios Profesionales en Andalucía. Hemos destacado variados aspectos que se hace necesario abordar de manera conjunta y que merecen una actuación conveniada entre los agentes responsables de este esencial servicio de apoyo y garantía para los menores infractores.

Y, por otra parte, hemos querido indagar en el aprovechamiento durante estas estancias de los jóvenes para continuar con sus procesos educativos, muchos de ellos truncados, y enfocar sus trayectorias en los contenidos más adecuados a sus preferencias y capacidades. Sobre todo, esta actividad formativa está especialmente orientada a la Formación Profesional, donde los CIMI disponen de recursos, profesorado y talleres idóneos para incorporar este horizonte para su educación y capacitación.

Confiamos que en próximas ediciones podamos concluir sendos expedientes de oficio a través de las aportaciones de las Consejerías responsables, de cuyos resultado daremos cumplida cuenta.

...

Podemos citar algunos ejemplos. Un interno del CIMI Medina Azahara discrepaba de la intervención recibida por parte del equipo de educadores. Pudimos conocer la posición de la dirección de centro y de las actividades y programas aplicados al menor sin que pudiéramos deducir un comportamiento inadecuado (queja 23/0320). Otras quejas afectan a la atención sanitaria que los internos demandan y cuya prestación se atiende a través de los recursos del sistema sanitario público, incluso, reforzado con otras prestaciones concertadas por los centros (quejas 23/0319, 23/1140 y 23/1241).

Con motivo de nuestras actuaciones podemos conocer los detalles de atención y seguimiento que recibían los internos desde los servicios de salud y solemos concluir que la asistencia sanitaria se facilita con normalidad, si bien sometida al lógico criterio de profesionales médicos que evalúan en cada caso el tratamiento oportuno aun a pesar de despertar opiniones contrarias de los pacientes. Del mismo modo, comprobamos que la interrelación de las necesidades de los internos de los CIMI con sus recursos sanitarios de zona se desenvuelven con normalidad.

..

### 2.1.3.3. Actuaciones de oficio

- ▶ [Queja 23/3768](#), ante la Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad en Sevilla, la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud y el Ayuntamiento de Dos Hermanas (Sevilla) relativa a la situación de vulnerabilidad de una persona menor de edad autista severo de 13 años que no recibe suficiente ni adecuada atención socio sanitaria.
- ▶ [Queja 23/5510](#), ante la Dirección General de Justicia Juvenil y Cooperación y la Consejería de Salud y Consumo, relativa a las medidas propuestas sobre salud mental para menores infractores que cumplen medidas de internamiento en CIMI.

## 2.2.1. Administración Tributaria, Ordenación Económica y Gobernanza Pública

### 2.2.1.2.3.3. Transición digital

Estamos inmersos en una era de cambios tecnológicos rápidos y profundos que están transformando la sociedad de maneras que antes apenas podíamos imaginar. En el contexto andaluz, esta transformación digital ha comportado beneficios notables para nuestra sociedad. Sin embargo, las quejas que hemos recibido en relación con este proceso



nos indican que **estos beneficios no llegan a todos por igual, ni benefician en igual medida a todos los colectivos sociales.**

Actualmente la digitalización de la administración pública ha simplificado y agilizado numerosos procedimientos, permitiendo a la ciudadanía acceder a servicios públicos de manera más eficiente. La implementación de tecnologías como la inteligencia artificial ha contribuido a una toma de decisiones más precisa y al análisis de datos en tiempo real, mejorando la calidad de los servicios públicos.

Pero, **a pesar de los avances en la transformación digital, es crucial reconocer que no todos los andaluces se benefician por igual de estos avances.** Existe una brecha digital que afecta desproporcionadamente a ciertos colectivos. Una brecha que puede deberse a diversos factores como la situación económica; la discapacidad; la condición de persona migrante; el nivel educativo y cultural; la edad; el género; o el hecho de vivir en una zona rural.

**Aquellas personas que tienen dificultades para integrarse en el mundo digital pueden acabar formando parte del colectivo de las “personas en exclusión digital”.** Y esta exclusión digital puede tener graves consecuencias, ya que limita el acceso a servicios esenciales y a oportunidades en una sociedad cada vez más digitalizada.

Uno de los desafíos más notorios es la automatización de procedimientos administrativos. Si bien esta automatización puede ser beneficiosa al agilizar la gestión, puede resultar perjudicial para quienes carecen de habilidades digitales o acceso a la tecnología necesaria. **Muchas personas se sienten impotentes al no poder completar un procedimiento automatizado,** lo que a menudo afecta a su capacidad para acceder a servicios, prestaciones o ayudas esenciales.

Uno de los problemas fundamentales es que muchos procedimientos administrativos automatizados han sido diseñados sin tener en cuenta las necesidades de los ciudadanos. La administración electrónica, en su esfuerzo por ser eficiente, a menudo ha pasado por alto la diversidad de usuarios y sus capacidades digitales.

**Para abordar la brecha digital y lograr una administración electrónica inclusiva, es esencial adoptar un enfoque de diseño centrado en el ciudadano.** Esto implica considerar las necesidades, habilidades y limitaciones de todos los usuarios al desarrollar servicios digitales. Se deben realizar evaluaciones de accesibilidad y usabilidad para garantizar que todas las personas puedan utilizar estos servicios de manera efectiva.

Una solución importante para abordar la exclusión digital es **garantizar que siempre exista una vía alternativa a la telemática para aquellos ciudadanos que carecen de medios o habilidades digitales.** Esto implica mantener la opción de realizar procedimientos de forma presencial o mediante otros métodos no digitales.

A este respecto, es importante reseñar la actuación de oficio [23/7738](#) [queja 23/7738 BOPA] iniciada por esta Institución y en la que se ha solicitado, tanto de la Junta de Andalucía como de los principales ayuntamientos andaluces lo siguiente:

Sugerencia: Que se proceda a **regular la cita previa** como medio de acceso de la ciudadanía a las dependencias públicas incluyendo en dicha regulación las siguientes prescripciones:

- ▶ La cita previa será el medio preferente para el acceso a las dependencias públicas y para recibir atención y auxilio de los empleados públicos
- ▶ Se **garantizará la posibilidad de atención presencial sin cita previa en todos los registros y dependencias durante el horario de atención al público.**
- ▶ Se estipulará la obligatoriedad de ofrecer diversos canales de acceso a la cita previa, incluyendo entre dichos canales formatos telemáticos, telefónicos y presenciales.
- ▶ Se incluirán garantías en favor de quienes precisan de cita previa para efectuar gestiones o trámites administrativos sujetos a plazo, de tal modo que la posible demora en la asignación de la cita no comporte la pérdida de derechos
- ▶ Se procurará una adecuada dotación de medios materiales y personales en las administraciones públicas para atender con la celeridad necesaria tanto los canales de solicitud de la cita previa como la atención presencial a quienes acuden a las dependencias públicas con y sin cita previa.



Asimismo, debemos reseñar que el pasado día 20 de octubre se celebró en Granada la [Jornada](#) titulada “**Administración electrónica e inteligencia artificial. Los derechos de la ciudadanía ante un nuevo modelo de administración**”.

El objetivo de la jornada ha sido **reflexionar sobre los cambios que está suponiendo para la sociedad el progresivo desarrollo de la administración electrónica.**

Para ello hemos partido del reconocimiento de los avances y mejoras que comporta la digitalización de la administración para abrir a continuación un debate acerca de la necesidad de garantizar los derechos de la ciudadanía frente a las deficiencias y carencias que aun presenta este proceso y los riesgos que comporta la incorporación al mismo de la inteligencia artificial.

El resultado de esta reflexión y debate ha sido muy positiva ya que, no solo hemos tenido la ocasión de conocer las valoraciones de reconocidos expertos en la materia, sino que hemos podido trasladar a los mismos las inquietudes que suscita en esta Institución la forma en que se está desarrollando el proceso de implementación de la Administración electrónica en Andalucía.

## 2.2.2. Cultura y deportes

### 2.2.2.2.2. Deporte

...

También relatamos un caso específico (queja 23/7059) que surgió en el marco de los procesos de selección del alumnado de la Real Escuela de Arte Ecuestre, situada en Jerez de la Frontera. Uno de los aspirantes expresaba sus dudas sobre los criterios aplicados y alegaba no poder conocer las calificaciones obtenidas por razones basadas en la normativa de protección de datos de los solicitantes. Tras analizar el caso, debimos manifestar el posicionamiento de la Institución ante el proceso selectivo de admisión del alumnado en la Real Escuela Andaluza de Arte Ecuestre, que se inclina por reconocer la existencia de un condicionante acreditado que adecúa el derecho de protección de datos ante la condición de persona legitimada para los participantes para el ejercicio del derecho a formular su reclamación y a conocer, bajo las condiciones de garantías que se determinen, los resultados de los comparecientes que concurrieron en la convocatoria.

Siendo éstas las bases de la convocatoria, las personas que concurren al procedimiento tienen derecho a que la asignación de plazas se haga conforme a las reglas establecidas, de lo que se deriva el derecho a conocer no sólo el resultado logrado por las demás personas aspirantes, sino también la documentación que haya servido de base para otorgar tales puntuaciones, en particular con respecto a aquellos candidatos que hayan logrado más nota. Lo contrario trae consigo una situación de desprotección y una conculcación del derecho de defensa que asiste a las personas interesadas, ya que si no cuentan con la información del resto de candidatos, y en particular de aquellos mejor puntuados, difícilmente van a poder requerir una corrección de posibles errores que se hayan podido cometer en el proceso de evaluación o de traslación de las calificaciones al acta final.

Teniendo en cuenta que todas las personas participantes en el proceso selectivo eran conocedoras de las bases y que éstas preveían que la asignación de plazas se haría por riguroso orden de puntuación, el juicio de ponderación debe decantarse en favor del derecho de acceso a la información por parte de la persona que haya concurrido al proceso selectivo, en detrimento del derecho a la protección de datos de los otros candidatos. Igualmente, la remisión a los límites del artículo 4 de la LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos), esto es a la proporcionalidad, que hoy debe entenderse hecha al principio de minimización.

...



## 2.2.3. Empleo Público

### 2.2.3.2.2. Personas empleadas del ámbito general de la Junta de Andalucía

...

Asimismo, también nos referimos a otra queja en relación a que se requiera a la administración de la Junta de Andalucía que se facilite a las personas que se van a incorporar al empleo público la **acreditación de su capacidad funcional personal facultativo de atención primaria**, especialmente en aquellos casos en que la persona que va a acceder se encuentra en situación de desempleo y/o con escasos recursos (queja 23/5504).

Al respecto, la Ley de Estatuto del Empleado Público, cuyo texto refundido vigente se encuentra aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 octubre, en su artículo 56.1.b) requiere a las personas candidatas al empleo público, entre otros requisitos, acreditar su capacidad funcional para desempeñar las tareas, tanto desde el punto de vista intelectual como físico.

Estando pendiente de concluir la investigación por parte de esta Institución, habiéndonos dirigido tanto a la administración competente en materia de función pública como a la sanitaria, en los primeros informes recibidos se nos indica, en resumen, que en la fase de participación en los procesos selectivos, los candidatos y candidatas formulan una declaración responsable al respecto y no es hasta que la persona ha superado dicho proceso y *“en cualquier caso, antes de que se produzca la adjudicación del destino definitivo, previa al acto formal de toma de posesión (...)”* cuando debe presentar tal acreditación.

En dicho informe se nos refiere que: *“En las instrucciones de esta Dirección General [de Recursos Humanos y Función Pública] se indicaba que la capacidad funcional para el desempeño de las tareas propias del cuerpo o categoría debe ajustarse a las que se establecen en las propias bases de la convocatoria. De esta forma, aquellas personas que accedan por el cupo de reserva para personas con discapacidad deberán presentar certificado en el que conste su capacidad o aptitud para el desempeño de las funciones propias del cuerpo o la categoría a que se opta, expedido por alguno de los Órganos Técnicos de Valoración de la Junta de Andalucía u órgano equivalente de otra comunidad autónoma. Con independencia de los aspectos y circunstancias clínicas y del estado de salud que el órgano que lo expide considere preciso indicar, dicho certificado deberá hacer mención expresa a dicha categoría y/o especialidad.*

*En el resto de los supuestos, en los que se exige el certificado médico que acredite poseer la capacidad funcional para el desempeño de las tareas propias o habituales del cuerpo, especialidad, opción o subopción o categoría profesional, según corresponda, se tendrán por válidos los siguientes:*

a) Certificado médico oficial editado por el Consejo General de la Organización Médica Colegial y expedido por personal médico colegiado.

b) Certificación expedida por el médico de familia del Servicio Andaluz de Salud o por facultativo del Sistema Nacional de Salud que corresponda a la persona interesada, en su caso. En el supuesto de expedición por el Servicio Andaluz de Salud, deberá contenerse en el modelo de certificación configurado en el Sistema DIRAYA. (...).”

En la investigación que continúa en tramitación, trataremos de determinar si ha de ser en la convocatoria de cada proceso donde se indique la posibilidad de que sea la administración sanitaria la que expida el certificado o si cabe que en supuestos de omisión en la pertinente convocatoria deba entenderse que dicha administración se encargue de ello.

...



### 2.2.3.2.3. Personas empleadas del ámbito sanitario

En el ámbito sanitario, durante el año 2023, el personal estatutario adscrito al Servicio Andaluz de Salud, ha formulado sus quejas en torno a diversas cuestiones de interés, siendo las más numerosas las que se dirigen a problemáticas vinculadas a las bolsas de empleo.

En este sentido, hemos recibido un gran número de escritos denunciando la **demora en la constitución de las diversas bolsas** por parte del Servicio Andaluz de Salud. Son especialmente numerosas las quejas recibidas en relación a las bolsas correspondientes al corte del año 2021, periodo de valoración de méritos hasta 31 de octubre de 2021, en sus distintas categorías. Exponentes de ello son las quejas 23/1760 (a la que se han acumulado un total de otros 369 expedientes de queja adicionales) referida a la categoría de Técnicos y Técnicas en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE); 23/2317 (que acumula 62 expedientes más) para la categoría de Auxiliares Administrativos/as; y 23/5646 (acumulando 64 expedientes adicionales) en la que se han agrupado muchas de las restantes categorías profesionales.

En el caso de la categoría de TCAE la administración sanitaria nos informaba que finalizadas las tareas de baremación por parte de la Comisión de Valoración de la documentación aportada y referida a los méritos de los profesionales aspirantes de la categoría de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, el 27 de abril de 2023 se publicaron los listados provisionales, respecto a lo que esta Institución ha pedido a la Administración que disponga todos los medios personales y materiales que sean necesarios, para el cumplimiento de los plazos de las etapas pendientes de este proceso.

Sin perjuicio de ello, es necesario hacer hincapié en que los trámites consiguientes (alegaciones, valoración de las mismas, resolución con la publicación del listado definitivo y eventuales recursos sobre discrepancias con las puntuaciones), deben realizarse con las debidas garantías para todas las personas participantes, por lo que obviar trámites o agilizarlos sin las debidas cautelas para adelantar la publicación de los listados definitivos, derivaría en el incumplimiento de la legalidad, de forma que el Defensor del Pueblo Andaluz tiene el deber de vigilar para, precisamente, evitar una posible nulidad de esos procesos de selección, con los perjuicios que ello conllevaría para todas las personas interesadas.

En el mismo sentido, para el cuerpo auxiliar administrativo, la Administración nos informaba que el asunto también se encuentra en vías de solución, en tanto que nos refería que la correspondiente Comisión de Valoración se encuentra inmersa *“en sus labores de baremo de todos aquellos méritos y documentación correspondiente aportados por los profesionales, con el objetivo de finalizar dichas labores, y poder publicar los listados de personas candidatas y aspirantes correspondientes al corte en cuestión, siendo éste el objetivo último de esta administración sanitaria”*.

Por su parte respecto a las restantes categorías afectadas por la demora en la gestión de la bolsa corte 2021, el Servicio Andaluz de Salud nos trasladaba su *“total implicación en la necesidad de llevar a cabo un trabajo intenso y continuo con un objetivo inequívoco, como es el de la publicación de los listados definitivos a la mayor brevedad posible”*, así como su intención y pretensión de tener actualizado el corte de bolsa 2022-2023 durante el mes de marzo de 2024, tal y como se han comprometido con las organizaciones sindicales integrantes de la Mesa Sectorial a inicios del mes noviembre.

Más complicada es la situación en la que aún se encuentra la bolsa de la categoría Técnicos/as Especialistas de Dietética, respecto de la que hemos recibido diversas quejas en las que nos refieren que su demora es muy superior a las restantes, ya que su última actualización se produjo en 2019 (Queja 23/8500). Al redactarse el presente informe, nos encontramos esperando la remisión del informe que hemos requerido al SAS.

Otra problemática recurrente en relación a las Bolsas gestionadas por la administración sanitaria es la **disconformidad con las baremaciones**, que han determinado, de nuevo este año, un gran número de quejas tramitadas.

Los motivos de disconformidad se centran normalmente en el desacuerdo sobre la puntuación obtenida en relación a los méritos alegados, aunque en algunos supuestos se plantea también disconformidad sobre los criterios de baremación o los cambios producidos en los mismos respectos de otras convocatorias. Sin embargo, como ocurre también en el caso de los procesos de acceso al resto de ámbitos del empleo público, la gran mayoría de las personas que se consideran perjudicadas no han recurrido las bases de la correspondiente convocatoria (como ocurre, por ejemplo, en la queja 23/8528).

En todo caso, la mayor parte de estas quejas, como en años anteriores, se vuelven a referir a la falta de respuesta de la Administración en plazo, especialmente por lo que se refiere a los recursos de reposición presentados contra los listados definitivos.



A modo de ejemplo, de las que se han podido concluir con resolución expresa por parte de la administración sanitaria citamos la queja 23/3430, la queja 23/4979, la queja 23/5143, la queja 23/6034 y la queja 23/7131.

En otros casos se mantiene el silencio, de forma que por esta Institución se ha tenido que dirigir a la administración, tras numerosos reiteraciones, la correspondiente Resolución con Recordatorio de Deberes Legales y Recomendación de actuación. Se realiza un recordatorio sobre su obligación legal de resolver y notificar a las personas interesadas las correspondientes resoluciones de los recursos que hubieran presentado ante la misma, así como de adoptar las medidas de racionalidad organizativa que sean necesarias, para poder resolver en los plazos legalmente establecidos para ello las solicitudes y/o recursos presentados por las personas interesadas (como ejemplo, la [queja 23/3963](#)).

Cabe indicar que en muchos casos las quejas se refieren al desconocimiento por la persona afectada de los motivos por los que sus alegaciones a los listados provisionales no han sido estimadas por la Administración. Al respecto, las bases de las correspondientes convocatorias prevén que dichas alegaciones queden contestadas con la publicación de los listados definitivos.

Otras cuestiones que denuncian las personas promotoras de quejas, referentes a temas de empleo público del SAS, de especial interés en reseñar, siquiera someramente, son: las denuncias que se refieren a la **disminución de las plazas inicialmente ofertadas** al publicarse la Oferta de Empleo Público 2018-2021, respecto a lo que, tras nuestra intervención la administración nos informa que detectó errores en los listados de puestos ofertados inicialmente para que los que habían obtenido plaza fija en dicha oferta pudieran elegir destino. El error en el listado de destinos, ya corregido, se produjo al remitir a publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía una oferta de plazas que no correspondían al proceso 2018- 2021, sino a la totalidad de las plazas existentes en el SAS en determinadas categorías. La administración indica que estos puestos se ofertarán en el próximo proceso extraordinario de estabilización (como ejemplo, la queja 23/396).

En otras ocasiones nos plantean **agravios comparativos** en relación al personal de la administración general de la Junta de Andalucía en diversas cuestiones (normalmente de orden económico: retribución, reconocimiento de trienios y servicios previos, premio de jubilación...) que, sin embargo, obedecen a la sujeción de tal personal a un régimen jurídico distinto, por lo que su solución debe articularse a través de la negociación colectiva del personal afectado con la administración sanitaria. Citar a modo de ejemplo la queja 23/7614.

También la reivindicación de creación, dentro del Personal Estatutario SAS, de la categoría profesional de **Técnico Superior de Higienista Bucodental** (queja 22/3493), con los que tenemos pendiente de celebrar una reunión a inicios de 2024 a fin de que nos trasladen sus alegaciones al informe evacuado por la administración sanitaria.

Por último, mencionar que nos han llegado quejas, que se encuentran en una fase muy inicial de nuestra investigación, en las que se plantean **diversos temas**, tales como los referidos a los cuadrantes de turnos; limitación a participar en las bolsas de empleo a las personas mayores de 65 años y menores de 67; reclamaciones por pago de las tasas de exámenes que han coincidido en el mismo día y hora, en concreto para las categorías Celador y Celador Conductor; impago de determinados conceptos salariales; intrusismo cuerpo de Psicólogos/as Especialista en Psicología Clínica en varios hospitales andaluces; o insuficiencia de plantilla en las urgencias del Hospital de la Costa del Sol.

## 2.2.6. Servicios de Interés General y Consumo

### 2.2.6.1.1. Servicios de interés general

Como siempre en este apartado hablamos de servicios cuya prestación suelen realizar empresas privadas y que responden a necesidades básicas de la vida diaria, tales como el suministro eléctrico, de agua o gas, los servicios financieros, de transporte, o de telecomunicaciones y postales. Por este motivo se les imponen obligaciones denominadas “de servicio público”, asociadas a dicha naturaleza.

El acceso a estos servicios de interés general está íntimamente ligado con el contenido de algunos de los derechos fundamentales cuya defensa se nos atribuye. En particular, estos servicios pueden afectar al derecho a la protección de



la salud; a una vivienda digna; al disfrute de los recursos naturales; al acceso a las tecnologías de la información y de la comunicación; o, en última instancia, a la garantía de protección a las personas consumidoras por parte de los poderes públicos. Es lo que justifica nuestra intervención ante las empresas que los prestan cuando apreciamos su posible vulneración.

...

## 2.2.6.1.1.1.2. Personas electrodependientes

Como ya adelantábamos en el Informe Anual correspondiente al ejercicio 2022, nuestra preocupación por la situación de las personas electrodependientes ha propiciado la tramitación de oficio de la queja [22/3284](#) y la celebración de la [Jornada](#) “Personas Electrodependientes. Propuestas para una regulación justa”, el 30 de enero de 2023.

El objeto de la queja de oficio y de la jornada ha sido poner de manifiesto el **grave problema que afrontan las personas electrodependientes ante la inexistencia de una regulación** que, por un lado les alivie ante los elevados costes de su consumo intensivo de energía y, por otro lado, les ayude a solventar los problemas prácticos derivados de las posibles interrupciones en su suministro eléctrico.

En esta jornada abordábamos las siguientes cuestiones: la necesidad de definir qué debería entenderse por persona electrodependiente; el procedimiento a seguir para el reconocimiento de esta condición y cómo surtiese efectos para terceros; las consecuencias que debería tener el reconocimiento de una persona como electrodependiente, en particular, respecto de posibles interrupciones del suministro, sean programadas o imprevistas; el coste de las facturas de luz que deben soportar actualmente las personas electrodependientes y la oportunidad de que se ofrezcan ayudas económicas para costearlas; así como la necesidad de mejorar los canales de información sobre los derechos que asisten a las personas electrodependientes, tanto para quedar registradas como suministros no cortables, como para poder acceder a las ayudas que actualmente ofrece la administración sanitaria andaluza.

Las [conclusiones](#) de la jornada las remitíamos al Defensor del Pueblo de España en marzo de 2023, solicitándole que las trasladase a las instancias competentes de la Administración General del Estado e impulsara las actuaciones de desarrollo normativo correspondiente, si lo estimaba oportuno.

Según hemos podido conocer, el Defensor estatal ha dirigido [Recomendación](#) a la Secretaría de Estado de Energía (Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico) “para la configuración de una propuesta normativa que defina, protocolice y atienda las necesidades de los pacientes electrodependientes”. En concreto, ha sugerido “regular la figura de los pacientes electrodependientes, protocolizando un sistema de protección específico que les garantice el acceso tanto a bonificaciones de orden tarifario, como la puesta a disposición de dispositivos que garanticen la estabilidad del suministro en aquellos supuestos en los que el caudal regular de suministro no esté en disposición de ser garantizado”.

Valoramos positivamente esta resolución del Defensor, que recoge en gran medida las conclusiones de la jornada, y esperamos que sea acogida por la administración estatal, de modo que pronto contemos con una normativa que atienda las necesidades de las personas electrodependientes.

Entretanto, las **actuaciones desarrolladas por esta Institución para mejorar la situación de las personas electrodependientes**, en lo que se refiere a las ayudas para tratamientos domiciliarios de hemodiálisis, diálisis y oxigenoterapia, han obtenido una respuesta positiva.

Así, en la tramitación de la [queja 22/2350](#), la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud nos comunicaba que había impulsado los trámites para promover la modificación de la Orden de 13 de febrero de 2014, en respuesta a la petición que dirigíamos a la Consejería de Salud y Consumo planteando la necesidad de actualización de los importes de las ayudas previstas en la misma.

Asimismo, la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud nos informó de que había finalizado los trabajos iniciados para el desarrollo del procedimiento de compensación económica por gastos de consumo de electricidad o agua a personas que necesitan los citados tratamientos domiciliarios, en respuesta a nuestra petición para su armonización y la incorporación del derecho a la información como instrumento imprescindible para ejercer la solicitud y para franquear el acceso a la compensación en condiciones de igualdad efectiva y equidad.





También nos indicaba que incluyó el procedimiento en la plataforma web que alberga el sistema de información corporativo, así como en el apartado dirigido a la ciudadanía de la web del Servicio Andaluz de Salud.

## 2.2.7. Sostenibilidad y Medio Ambiente

### 2.2.7.1.1. Actividades sujetas a autorización previa o declaración responsable

...

Percibimos cómo las personas exigen cada vez más una mayor actuación pública frente a aquellos focos ruidosos que violentan sus quehaceres cotidianos, su descanso y su espacio en el propio hogar, sin necesidad alguna de que conozcan que el descanso, al fin y al cabo, es un conglomerado de derechos fundamentales y constitucionales, en los que se ven afectados la salud, el descanso o la intimidad del propio domicilio.

Por ello, al igual que ya reflejamos en el Informe Anual del año 2022, de nuevo podemos afirmar que **los derechos que se ven afectados por la contaminación acústica, siguen ocupando un lugar preferente en materia de sostenibilidad y medio ambiente en la actividad de la Defensoría**. Así lo confirman el número de quejas recibidas y la variedad y singularidad de los focos acústicos.

Uno de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), concretamente el Objetivo 3, es el relativo a la *Buena Salud*, con el que se pretende garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Pues bien, la contaminación acústica puede llegar a ser un factor que impida ese objetivo, pues a ciertos niveles de frecuencia o de intensidad se convierte en un feroz enemigo de la salud de las personas y de su bienestar.

...

### 2.2.7.1.2. Otros focos de contaminación acústica

Incoamos el expediente 23/7135 a instancia de un vecino de Armilla, Granada, cuyo domicilio se encontraba muy cercano del muelle de carga y descarga de un gran centro comercial de dicha localidad. El motivo de queja era, a juicio del reclamante, el reiterado incumplimiento por parte de la empresa propietaria del centro comercial, de la normativa de protección contra ruidos y en especial de los ruidos que se producían en horario nocturno que no le permitían un descanso adecuado.

Relataba el afectado que en el diseño del centro comercial se había colocado el muelle de carga y descarga de mercancías justamente pegado a las casas, a menos de 10 metros de distancia y sin tener ninguna consideración acerca de las consecuencias negativas para el vecindario. Asimismo, nos contaba que el trayecto por el que circulaban los camiones tenía muchos tramos que obligaban a éstos a circular marcha atrás, y que en ese momento se activaban unas señales acústicas que despertaban a todos los residentes de la zona, prácticamente todos los días desde las 7 de la mañana y hasta bien entrada la noche e incluso de madrugada.

Este problema había sido tratado reiteradamente con el Ayuntamiento de Armilla y con los responsables del propio centro comercial, a los que se les había sugerido distintas **medidas con los que mitigar el impacto acústico de los trabajos de carga y descarga**, dado que por la cercanía del muelle a las viviendas, la raíz del problema tendría difícil solución total.

Se lamentaba que las consecuencias de esta contaminación acústica iban mucho más allá del poder o no poder dormir debidamente, que ya de por sí era grave, sino que era un problema que se mantenía en el tiempo y surgían por tanto consecuencias de tipo médico como ansiedad, cansancio o depresión, y de tipo económico, como la disminución considerable del valor de las viviendas.



Admitimos a trámite la queja y solicitamos el preceptivo informe al Ayuntamiento de Armilla, recibido justo al final del cierre del ejercicio, por lo que a la fecha de redacción de este Informe Anual aún no ha podido ser valorado.

...

## 2.2.7.2. Contaminación atmosférica, calidad ambiental, sanidad y salubridad

...

A este respecto podemos citar, por el trasfondo de la queja, el expediente de [queja 23/1523](#), promovido por una plataforma ciudadana constituida en asociación y compuesta por vecinos y vecinas de las localidades malagueñas de Humilladero, Antequera, Alameda, Fuente de Piedra, Los Carvajales y Mollina, que nos trasladaban su **preocupación por el proyecto de implantación de una planta de incineración de residuos** de todo tipo dentro del término de Humilladero, pero que afectaría a todos los municipios de la zona.

La ubicación elegida para dicha planta sería en un polígono industrial de Humilladero, en una parcela en su momento perteneciente al patrimonio municipal del suelo que había sido subastada, y que a juicio de la Plataforma reclamante se trataba de una actividad muy perjudicial para la salud de las personas y que también afectaría al medio ambiente más próximo, atmósfera, acuíferos, humedales y suelos agrícolas, dando lugar a una pérdida absoluta de la calidad de vida y comprometiendo el desarrollo rural de la zona, dando lugar a la pérdida de valor de las propiedades inmobiliarias y a la depreciación de sus productos agrícolas y ganaderos.

Precisamente en relación con el procedimiento de subasta y adjudicación, nos aportaban un informe jurídico del que se desprendían algunas posibles irregularidades que podrían invalidar la adjudicación, por lo que, previa reunión con los representantes de la Plataforma, admitimos a trámite la queja y solicitamos el preceptivo informe al Ayuntamiento de Humilladero.

En su respuesta, el Alcalde nos informó, en esencia, que se estaban llevando a cabo diversas actuaciones en orden a revertir la enajenación de los terrenos municipales mediante subasta en los cuales se implantaría la actividad de incineración de residuos. Todo ello, sobre la base de los informes jurídicos y técnicos que obraban en el expediente administrativo y que apuntaban a posibles irregularidades, tanto en el procedimiento de adjudicación, como luego después en las obligaciones derivadas del cumplimiento de las cláusulas administrativas particulares que habían de regir dicho procedimiento.

En concreto, fuimos informados de que ya se había acordado dar por caducado el plazo de tres meses en los que el adjudicatario de las parcelas debió de haber presentado diversa documentación y/o haber optado por una determinada elección, conforme al Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares de la subasta. Esto determinaba que fuese de aplicación una cláusula del Pliego, por el incumplimiento del antes citado plazo, por lo que se declaraba resuelto el contrato por su incumplimiento, concediendo no obstante a la entidad adjudicataria el plazo de un mes para alegaciones.

En vista de la tramitación seguida y abierta en el momento en que fuimos informados, dimos por concluidas nuestras actuaciones en este expediente de queja. Con posterioridad hemos conocido por los medios de comunicación que este proyecto de planta incineradora fue finalmente desactivado por la renuncia de la empresa que pretendía implantarlo, debido sobre todo al rechazo vecinal.

...



## 2.2.8. Urbanismo y ordenación del territorio

### 2.2.8.3.2. Disciplina Urbanística

Debemos relatar la [queja 22/8588](#), incoada de oficio, en relación con la necesaria elaboración de inventarios de edificaciones irregulares en suelo rústico. Una queja que plantea una cuestión en la que esta Institución ha venido insistiendo en los informes anuales al Parlamento de Andalucía y en algunos informes especiales y jornadas, ya que entendemos que la actualización de estos inventarios resulta esencial ante las graves agresiones que se vienen perpetrando en nuestro territorio contra el suelo rústico, como consecuencia de la ejecución de obras y edificaciones no autorizadas.

En la Exposición de motivos del Decreto-ley 3/2019, de 24 de septiembre, de medidas urgentes para la adecuación ambiental y territorial de las edificaciones irregulares en la Comunidad Autónoma de Andalucía, se hacía constar que:

*«De los datos obtenidos para la elaboración del «Análisis- diagnóstico de la ocupación edificatoria en el suelo no urbanizable de Andalucía», en mayo de 2009 por la Consejería con competencias en materia de urbanismo, y de análisis aproximativos del territorio andaluz en desarrollo de los distintos Planes Generales de Inspección, plasmados en información georeferenciada de la actividad inspectora durante el período 2009 -2019, se puede concluir que de un total de unas 500.000 edificaciones existentes en suelo no urbanizable en Andalucía, alrededor de 300.000 edificaciones son irregulares, de las cuales tan sólo han sido declaradas en asimilado a fuera de ordenación y por consiguiente han podido acceder a los suministros básicos en condiciones mínimas de seguridad y salubridad, un 26% de dichas viviendas.»*

*Cuestiones de salubridad, con la creciente contaminación de los acuíferos, de seguridad o de enganches ilegales de energía, entre otros, son los que están marcando el devenir de estos ámbitos en los que la ingente aglomeración y el crecimiento de edificaciones parecen no tener límite alguno.»*

Si queremos evitar o, al menos, paliar las consecuencias de estas construcciones irregulares en suelo rústico, es necesario que se produzca una rápida respuesta por parte de los poderes públicos cuando se tenga noticias del inicio de las obras, a fin de que estas edificaciones no se consoliden.

## 2.3.1. Atención a la ciudadanía

### 2.3.1.3. Temática general de las consultas

**La sanidad** ocupa el tercer lugar en cuanto a las preocupaciones que nos hacen llegar los ciudadanos a la OIAC, con 1144 consultas. Personas que nos llaman para manifestar la dificultad para contactar con los centros de salud y la imposibilidad de obtener cita han sido los asuntos recurrentes. Citas que para el médico de familia superan los 15 días o que no existe agenda para poder tramitar dicha petición. Todo ello impregnado de una sensación de abandono que nos transmiten, sobre todo las personas mayores, por su dificultad en el uso de los medios telemáticos, o trabajadores que estando en situación de incapacidad no pueden tramitar su baja médica para percibir su prestación.



También nos trasladan la incapacidad de obtener cita cuando tienen que justificar una baja médica por incapacidad temporal, como el testimonio de este paciente epiléptico.

*El miércoles fue a su centro de salud, y en el mostrador le informan que su médico de atención primaria está de vacaciones y que se pase al día siguiente porque no había cita para ningún médico. Fue el jueves y el viernes y le dijeron lo mismo, a pesar de indicar que necesitaba el parte de baja. Le informaron que estaban sin citas y desbordados. Dado que ya habían pasado más de 3 días desde su baja y que era posible tener problemas para tramitarla por la demora, acudió el domingo a urgencias desesperado, donde fue atendido por personal médico le facilitó un informe donde se indicaba la necesidad de atención por su médico de familia. El lunes fue de nuevo a su ambulatorio, y al darle cita para quince días con la demora que eso le generaba para el trámite de baja, se ha comunicado con la Inspección Médica por ser los competentes en este caso por no haber sido atendido por su médico de cabecera, también sin respuesta. Para colmo, le informan que la Inspección Médica no le puede dar bajas con más de 20 días de retroactividad.*

Respecto a la atención especializada, nos llegan quejas por demora de las citas de diferentes especialidades en los distintos hospitales de Andalucía. Esta falta de atención especializada genera muchas consultas y quejas sobre intervenciones quirúrgicas que no se realizan a pesar de haber transcurrido los plazos de garantía correspondientes:

*La interesada nos traslada que su padre, de 76 años, lleva 417 días esperando una intervención quirúrgica, cuando el plazo de garantía es de 180 días. Presentó reclamación y no ha recibido respuesta.*

*Otra persona nos indica que está esperando 306 días para una intervención quirúrgica de rodilla, cuando la lista de espera tiene un máximo de 180 días. Ha presentado reclamaciones y sólo le dicen que no están haciendo intervenciones de rodilla, por lo que debe esperar.*

Sin duda la **salud mental** sigue ocupando un papel principal en las consultas que recibimos en nuestra Oficina. Fundamentalmente son los familiares los que se dirigen a nosotros, muchas veces sin una pretensión clara, para intentar solucionar una situación que no saben cómo atajarla ya que se encuentran solos y sin ningún tipo de ayuda o recursos para paliar la situación en la que se encuentran los enfermos.

*Manifiesta que tiene 71 años y tiene un hermano de 68 años que reside actualmente en VV. Su hermano sufre una esquizofrenia desde hace muchos años. Está muy descompensado desde el verano pasado y en el equipo de salud mental donde lo atienden solo le ponen una inyección mensual y ya está. Al parecer el pasado mes de septiembre de 2022 acudió a los SS SS y presentó un escrito para exponer su situación ante la fiscalía y aún no tiene ninguna respuesta. Su hermano deambula por el municipio y se toma muchas coca colas, sin querer tomarse la medicación ni dejar que otra de sus hermanas que residen en el pueblo le prepare la comida, ni lo ayude en nada. Solicita un centro adecuado para su hermano.*

En otra consulta: una persona acude junto con su pareja y nos cuenta los problemas de atención y cuidado que tienen con su hijo, de 43 años con trastorno bipolar. Quieren que se mejoren los protocolos de ingreso en las unidades de agudos de salud mental para que no llegue a niveles extremos, y que exista algún recurso especializado para personas con la enfermedad mental de su hijo.

...

### 2.3.1.4. Acceso a la información y derechos fundamentales

Crece las quejas y las consultas por la mala atención que las personas reciben de las administraciones públicas. Como dice la antigua canción "Comunicando" de Monna Bell, "...quise decirte... que por tu culpa estoy pensando... pero no pude, pero no pude, porque estabas comunicando, comunicando, comunicando".

Para muchas personas **la administración siempre está comunicando, comunicando, comunicando**. Bien porque nadie coge los teléfonos porque comunica, o porque suena una música que no para nunca: "nuestros operadores están todos ocupados, llame pasados unos minutos".



También nos comunican su frustración al llamar al propio [teléfono 012 de Información de la Junta de Andalucía](#):

*empiezan con una bienvenida eterna, si quieres sanidad, pulsa 1; servicios sociales, pulse 2, estado de carreteras, pulse 3. Y al pulsar, te vuelve a enviar a otros subdirectorios, y cuando salta el que quieres te tienen 15 minutos pendientes y terminan no cogiéndolos.*

Citábamos el año pasado en nuestro informe al profesor Rafael Jiménez Asencio que alertaba en un artículo: “*la Administración Pública cada vez funciona peor... La digitalización tan cacareada ha venido, además, a mutilar las garantías, poner valladares inaccesibles a muchos colectivos y proteger a quienes se esconden en trámites y sedes electrónicas, donde lo virtual les transforma en el espíritu santo*”

[El artículo 3 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público](#) determina que las administraciones públicas deberán respetar en su actuación y relaciones, entre otros, los principios de servicio efectivo a los ciudadanos, y simplicidad, claridad y proximidad a estos. Sin embargo durante este año seguimos encontrando personas que no pueden hacer efectivos sus derechos y así nos lo transmiten:

### 1. Las personas no pueden acudir a presentar escritos ni documentos porque no existen citas previas.

*“Llevo 15 días intentando coger cita para presentar una documentación que me falta de ingreso mínimo vital, pero no hay citas disponibles, sólo la he encontrado a 100 kilómetros de mi localidad, pero no tengo coche para desplazarme y no hay transporte público”*

Tanto el Defensor Estatal, como los defensores autonómicos y entre ellos el Andaluz, hemos remitido [resoluciones a las distintas administraciones con el fin de que se proceda a regular la cita previa, incluyendo la posibilidad de atención presencial sin cita<sup>2</sup>](#).

### 2. Imposibilidad de contactar con los teléfonos de información:

*“Ayer he llamado más de 100 veces a los teléfonos del bono social térmico, sin éxito. Estoy desesperado. He remitido correo de información sin respuesta.”*

*“¿Cómo es imposible que la Administración esté inaccesible?, ¿Es dejadez de funciones? ¿obedece a decisiones políticas?? Me parece demencial y una vulneración total de nuestros derechos.” Quiere información acerca de la equipación de la discapacidad a los/as pensionistas de incapacidad, ha llamado a innumerables teléfonos y no ha encontrado el modo de contactar.*

*“Llevo una semana intentando hablar con “la Agencia”, de dependencia y es imposible. Necesito información para reclamar un pago aplazado a cinco años (que vergüenza) de un dependiente fallecido y quiero enviar solicitud con toda documentación necesaria, pero no hay forma. Estamos hablando de personas de edad avanzada. Yo solo quiero ayudarles y mandar todo lo que sea necesario y no mandar a ciegas, para que dentro de un año me pidan que falta un papel. No puedo adjuntar nada, el teléfono de la Consejería de Igualdad, no llevan eso, en la Agencia de la Dependencia no lo coge y la delegación de Cádiz esta off. Ruego intenten llamar a los teléfonos y podrán comprobar lo manifestado”*

### 3. Derecho a que sus expedientes se resuelvan en plazo.

Una contante en las atenciones que recibimos es la incapacidad de los ciudadanos y ciudadanas al saber que sus expedientes no se van a resolver en plazo. **Parece que se ha tomado como normal lo inasumible.** Procedimientos que la norma marca un plazo de 2 meses como la Renta Mínima de Inserción Social esta tardando 8 meses; los títulos de familia numerosa acumulan un retraso de 6 meses; las ayudas al alquiler que se debían de haber resuelto en seis meses se duplican en muchos casos; la dependencia, que debe de tardar 6 meses tardan un par de años; una pensión de

1 Rafael Jimenez Asencio: [La tiranía del procedimiento administrativo y el sufrido ciudadano.](#)

2 Hemos de anotar que a finales de año, tenemos conocimiento de que muchos ayuntamientos han vuelto a la atención sin cita previa, que se están atendiendo a las personas mayores de 65 años sin necesidad de cita previa en muchos organismos públicos y que se están poniendo a disposición de la ciudadanía medios para poder solicitar la cita de manera presencial y/o habilitando para poder ser atendidos en el mismo día.



jubilación no contributiva que tiene un plazo de tres meses se esta resolviendo en un año; la valoración de discapacidad que tiene un plazo de seis meses se esta tardando 30 meses y se asume como normal<sup>3</sup>.

Desde Granada, un ciudadano nos pregunta, una vez agotado el plazo de 6 meses para resolver qué cuando tendría su resolución de revisión de grado de discapacidad que presentó el pasado 30/03/2023. La contestación de la delegación territorial de la citada provincia fue: *“En la actualidad existe un retraso en la resolución de los procedimientos debido a la desproporción existente entre el número de solicitudes y la capacidad para atenderlas en plazo por parte de este Centro de Valoración. Actualmente estamos citando para valoración a aquellas personas que presentaron su solicitud en septiembre de 2021, por lo que se prevé que se le citará para reconocimiento en julio de 2025”.*

La hija de una solicitante de prestaciones de dependencia de una persona de más de 90 años, nos remite este triste correo el día de Andalucía:

*“por favor, que no corran, Ana, a los 91 años de edad, y enferma, falleció el 7 de febrero de 2023. Solicitó la atención a la dependencia el 10/04/2021. Ruego no cometan la desconsideración de concedérsela en este día tan señalado. Atentamente. Sevilla a 28 de Febrero de 2023.*

#### **4. Es necesario mejorar los procedimientos digitales haciéndolos más amigables y fáciles de utilizar, mejorar las competencias digitales de la población y poner a su disposición alternativas para poder ser atendidos presencialmente o asistidos en el trámite digital.**

En los últimos años, los tramites con la Administración se han vuelto cada vez más digitales. A pesar de que responden a unos criterios de eficacia y eficiencia, las recurrentes quejas y protestas de colectivos y personas individuales nos ponen en alerta de que dicha transformación no tiene en cuenta a todas las personas.

Los problemas de la relación digital con las administraciones públicas no solo afectan a las personas con escasos conocimientos digitales, como pueden ser las de mayor edad o las de bajo nivel cultural, sino también a mucha más. Las páginas web de la mayoría de los organismos públicos tienen diseños complejos, poco intuitivos que complican hasta el extremo los pasos que se han de seguir y acaban con la paciencia de los usuarios. Ello coincide, con la creciente desaparición de la atención presencial y telefónica personal, sustituida por contestadores automáticos que cuando responden, acostumbran a redirigir a los usuarios de nuevo hacia las páginas web, con lo que se cierra un círculo vicioso desesperante.

#### **5. Es necesario trabajar en una administración que se entienda: un derecho de la ciudadanía y un reto para los servicios públicos.**

Hay que garantizar información clara y sencilla para la ciudadanía, que entienda lo que se le pide y lo que se le resuelve, mejorando las comunicaciones y la manera de relacionarse con las administraciones.

#### **6. Y por último, hay que cuidar las regulaciones de las prestaciones sociales, para evitar que los grupos vulnerables necesitados encuentren barreras de acceso a las mismas.**

En el informe: [El impacto de los trámites administrativos en el acceso a las prestaciones sociales](#) de la Taula de Entidades del Tercer Sector Social de Cataluña, se realiza un estudio que pone de manifiesto que las prestaciones sociales sólo son efectivas si llegan a aquellas personas para las que han sido pensadas y en el menor tiempo posible. Y se establecen una serie de recomendaciones que compartimos:

- 5.** Hay que ampliar el conocimiento de las prestaciones sociales para evitar que las potenciales personas beneficiarias no las soliciten por simple desconocimiento.
- 6.** Hay que incidir en eliminar los textos y los diseños oscuros que obstaculizan el derecho a comprender de las personas solicitantes, potenciando la difusión de información clara y comprensible.
- 7.** Hay que simplificar el proceso de solicitud y tramitación de la prestación, que a menudo se caracterizan por ser trámites especialmente complejos, lentos y desalentadores: evitar los requisitos complejos, hacer cumplir el derecho

<sup>3</sup> El propio presidente de la Junta de Andalucía lo ha manifestado en el mes de febrero de 2024: *“los ciudadanos tienen derecho a su tiempo, a no perderlo en papeleo que en muchas ocasiones generan frustración. Cuando tienen derecho a una prestación o a una ayuda deben de tener una respuesta ágil y en el menor tiempo posible, no es razonable que muchas familias tengan que esperar meses y meses para tener una valoración de dependencia”.* [https://www.granadahoy.com/andalucia/Juanma-Moreno-Andalucia-comunidad-burocracia\\_0\\_1873013254.html](https://www.granadahoy.com/andalucia/Juanma-Moreno-Andalucia-comunidad-burocracia_0_1873013254.html)



de no presentar documentación que ya esté en poder de la administración, tener en cuenta la brecha digital para aquellas personas que se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad.

8. Recibir una respuesta rápida y clara: agilizar el proceso y reducir la espera. Ofrecer formas de pago ágiles e inclusivas y flexibilizar los criterios que puedan provocar la pérdida de ayudas ante situaciones sobrevenidas.

## 2.3.3. Mediación

### 2.3.3.2.1. Quejas relativas al eje de Personas

- ...
- ▶ Con respecto a la salud en atención primaria, por **insuficiencia de facultativo pediátrico** (quejas 23/4133, 23/3279, 23/3278 y 23/3546), mantuvimos una reunión de intermediación con el Delegado territorial de Salud de Granada y la Dirección del Distrito sanitario, donde se clarificó lo acontecido y se explicaron las medidas preventivas adoptadas para garantizar una cobertura pediátrica mínima en los centros de salud afectados. En este supuesto, el señor Delegado valoró expresamente como muy oportuno el modelo de intervención mediador de la Defensoría.

En materia de salud, con independencia de la edad de las personas afectadas, destaca la **insatisfacción ciudadana con la atención primaria** en general, lo cual ha sido una constante durante 2023. Destacan problemas como los siguientes: el acceso a las citas médicas, la insuficiencia de personal facultativo, otras cuestiones relativas al personal sanitario y la planificación ante la limitación de facultativos, así como los tiempos de retraso en la cobertura de las bajas de estos profesionales, o el defectuoso funcionamiento de empresas que prestan servicios, como traslado de enfermos, al Servicio Andaluz de Salud.

Destacan las 207 quejas referidas a un distrito sanitario de la provincia de Sevilla, relativa a la **insuficiencia de facultativos en atención primaria en algunos municipios** de la zona. En este supuesto, se impulsó una Intermediación, en la medida que eran varios los municipios afectados, y en algunos casos, incluso sus alcaldes habían iniciado contactos con la Delegación Territorial de salud. Dicha Delegación nos remitió información sobre la situación, así como que se encontraba atendiendo a los alcaldes de forma directa.

Es interesante destacar el cierre de una queja en Huelva, a primeros de año, con acuerdo logrado en mediación entre la Dirección Médica y todos los facultativos de emergencias de un hospital provincial ([queja 22/6965](#)). La dificultad se centraba en la **cobertura de las guardias y el reparto de funciones en el servicio de emergencias**, donde concurren facultativos residentes.

Celebramos la mediación y las partes se escucharon y pudieron identificar los puntos mas problemáticos, invitándoles a reflexionar sobre posibles alternativas que permitieran desbloquear la situación con la colaboración, consenso y aceptación de todos. Se resolvió en dos sesiones, implicando en la segunda a todas las áreas que forman parte del circuito de emergencia. Así, se invitó al área de enfermería, se revisaron los criterios de triaje, se compensaron consultas desde la ubicación a las funciones de tutorización de los residentes, entre otras cuestiones. Y ante la limitación de recursos, las partes pasaron de la confrontación a la colaboración, previo archivo del asunto por Fiscalía.

Sabemos que aún siguen ajustando criterios y medidas, ante los momentos de mayor carga de trabajo, pero tras la mediación mantienen una dinámica de comunicación y diálogo esencial para las necesidades que el contexto hospitalario exige cubrir.

Por último, resaltar la intervención del área de mediación del dPA en la gestión del conflicto, con más de 50 quejas tramitadas al respecto, (queja 23/5342) en relación con el **servicio de transporte sanitario en Málaga y su provincia**, en relación con los meses de julio y agosto, servicio que prestaba una empresa adjudicataria del servicio.

Tras admitir a trámite las mismas y con la urgencia que requería la actuación, tras implicar a la Administración Autonómica, se consiguió marcar una hoja de ruta con el fin de establecer medidas cautelares que pudieran al menos dar solución a los continuos retrasos que estaba teniendo el meritado servicio, hasta tanto se procediera a licitar el mismo en



el mes de diciembre. Finalmente, el asunto se resolvió a través de negociación bilateral entre la empresa adjudicataria y la Administración a raíz de nuestra intervención mediadora.

...

## 2.4.1. Personas

### 2.4.1.5. Salud y Bienestar

#### [Queja 19/0718](#)

- ▶ **Administración afectada:** Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud
- ▶ **Estado de tramitación:** cerrada con la aceptación de la Resolución
- ▶ **Descripción de la actuación:** El promotor de la queja inicialmente nos trasladaba las deficiencias apreciadas en el proceso de sometimiento a técnicas de reproducción humana asistida (ovodonación) en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. En el transcurso de las actuaciones, el interesado nos comunicaba que habría formalizado reclamación por responsabilidad patrimonial ante el SAS, por mala praxis en el proceso referido, por lo que centramos nuestra gestión en conocer el estado de tramitación del mismo y, en particular, si se había completado la documentación previa imprescindible (historia clínica e informe del centro sanitario).

#### ▶ **RESOLUCIÓN:**

RECOMENDACIÓN: debe abordarse una evaluación del Servicio de Gerencia de Riesgos que permita detectar las ineficiencias del mismo y adoptar medidas eficaces de reorganización y suficiencia en la dotación de medios personales y materiales, con la finalidad de permitir la observancia de la resolución expresa en plazo de los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

#### [Queja: 21/8014](#)

- ▶ **Administración afectada:** Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla y la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud
- ▶ **Estado de tramitación:** En fase de tramitación.
- ▶ **Descripción de la actuación:** Queja sobre la denegación al acceso a historia clínica de su hermano fallecido por falta de legitimación

#### ▶ **RESOLUCIÓN:**

RECOMENDACIÓN sobre la procedencia de reconocer la legitimación del interesado en el acceso a la historia clínica de su hermano fallecido, canalizando su solicitud mediante el requerimiento al mismo de la documentación acreditativa precisa para el adecuado ejercicio de su derecho.

RECOMENDACIÓN sobre la armonización del derecho de acceso a la historia clínica de personas fallecidas por parte de familiares con legitimación de grado legal bastante, dentro del sistema sanitario público de Andalucía, dirigiendo a todos los Centros sanitarios las instrucciones que posibiliten unificar criterios de información y actuación conformes con la legislación, la doctrina y la jurisprudencia, en especial, con la Sentencia de 3 de febrero de 2023 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional.





RECOMENDACIÓN sobre la consiguiente oportunidad de modificar el formulario establecido para solicitar el derecho de acceso a la historia clínica de forma que se detallen las diferentes circunstancias en base a las cuales se puede solicitar legítimamente el acceso a la historia clínica de personas fallecidas y la documentación necesaria en cada caso.

#### [Queja 22/3749](#)

- ▷ **Administración afectada:** Hospital Virgen de Valme
- ▷ **Estado de tramitación:** cerrada con la aceptación de la Resolución
- ▷ **Descripción de la actuación:** La compareciente denuncia la falta de información sobre los accesos producidos por los profesionales sanitarios a su historia de salud de manera motivada y razonada
- ▷ **RESOLUCIÓN:**

RECOMENDACIÓN: Que sin más dilación se dé respuesta a la petición de la interesada sobre los accesos producidos por los profesionales sanitarios a su historia de salud de manera motivada y razonada.

RECOMENDACIÓN: Que se doten de los medios precisos para que puedan resolverse las peticiones de idéntica naturaleza respetando el marco temporal que estipula la normativa reguladora.

#### [Queja 22/7176](#)

- ▷ **Administración afectada:** Hospital Juan Ramón Jiménez
- ▷ **Estado de tramitación:** En fase de tramitación.
- ▷ **Descripción de la actuación:** El promotor de la queja expone la demora en intervención quirúrgica para reducir hernia inguinal, habiendo transcurrido el plazo de garantía
- ▷ **RESOLUCIÓN:**

RECOMENDACIÓN: que se adopten las medidas organizativas oportunas para que se respete el plazo máximo previsto normativamente para la práctica de las intervenciones quirúrgicas.

RECOMENDACIÓN: que en los casos en los que se supere el plazo máximo establecido sin que la intervención quirúrgica se haya realizado, y siempre que no hayan concurrido circunstancias que determinen la suspensión del mismo o la pérdida de la garantía, se comunique a los ciudadanos la posibilidad de acudir a un centro privado para someterse a la intervención que precisan.

RECOMENDACIÓN: Que se revisen los protocolos, instrucciones o prácticas existentes en el seguimiento y cumplimiento de las peticiones de historia clínica, implantando fórmulas de organización y gestión de las solicitudes que proporcionen a la parte peticionaria toda la información oportuna y, en aquellos casos de entrega de documentación incompleta, se impulse la remisión posterior por el órgano responsable, sin que deban mediar reiteraciones de la parte solicitante.

#### [Queja 22/7320](#)

- ▷ **Administración afectada:** Hospital de Poniente-El Ejido
- ▷ **Estado de tramitación:** En fase de tramitación
- ▷ **Descripción de la actuación:** El promotor de la queja expone la demora en intervención quirúrgica de artroscopia lamentando haber vencido el plazo de respuesta asistencial de 120 días garantizado por el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, sin que la operación hubiera sido realizada



▷ **RESOLUCIÓN:**

RECORDATORIO de deberes legales, por entender vulnerados los siguientes preceptos y reglamento: Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía: artículo 6.1.d) y artículo 6.1.m). Y Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

[Queja 23/3540](#)

▷ **Administración afectada:** Hospital Juan Ramón Jiménez

▷ **Estado de tramitación:** En fase de tramitación

▷ **Descripción de la actuación:** El promotor de la queja expone la demora en intervención quirúrgica para la extracción de vesícula

▷ **RESOLUCIÓN:**

RECORDATORIO de deberes legales, por entender vulnerados los siguientes preceptos y reglamento: Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía: artículo 6.1.d) y artículo 6.1.m). Y Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

[Queja: 23/3542](#)

▷ **Administración afectada:** Hospital Virgen de las Nieves

▷ **Estado de tramitación:** En fase de tramitación.

▷ **Descripción de la actuación:** La promotora de la queja expone la demora en intervención quirúrgica para sustitución de rodilla total por una osteartrosis

▷ **RESOLUCIÓN:**

RECORDATORIO de deberes legales, por entender vulnerados los siguientes preceptos y reglamento: Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía: artículo 6.1.d) y artículo 6.1.m). Y Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

[Queja 23/5902](#)

▷ **Administración afectada:** Hospital Juan Ramón Jiménez

▷ **Estado de tramitación:** En fase de tramitación.

▷ **Descripción de la actuación:** Un matrimonio denuncia la demora en sendas intervenciones quirúrgicas de que se encuentran a la espera. En el caso de la esposa, de prótesis de rodilla, y en el caso del esposo del canal espinal y vértebras.

▷ **RESOLUCIÓN:**

RECORDATORIO de deberes legales, por entender vulnerados los siguientes preceptos y reglamento: Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía: artículo 6.1.d) y artículo 6.1.m). Y Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.



## 2.4.2. Planeta y Prosperidad

### 2.4.2.3. Empleo Público y Trabajo

#### [Queja 21/6139](#)

- ▶ **Administración afectada:** Escuela Andaluza de Salud Pública, S.A.
- ▶ **Estado de tramitación:** cerrada con la aceptación de la Resolución
- ▶ **Descripción de la actuación:** desacuerdo con la decisión de la Escuela Andaluza de Salud Pública de rescisión del Acuerdo Específico de Colaboración como Profesor Asociado y su justificación.
- ▶ **RESOLUCIÓN:**

SUGERENCIA: para que, con el fin de evitar desconocimiento y falta de coordinación en cuanto a la utilización y devolución de los equipos informáticos puestos a disposición por la EASP para el desarrollo de la actividad de sus profesores, se proceda a protocolizar en el documento que la Escuela considere conveniente las circunstancias de uso de dichos equipos y el modo adecuado de proceder a la devolución y entrega de los mismos cuando finalice la relación profesional que amparaba dicho uso. Asimismo, dicho documento habrá de difundirse por los medios que resulten necesarios, para que su contenido sea conocido por cualquier persona que resulte interesada y, en todo caso, se deberá hacer entrega del mismo con ocasión de la puesta a disposición de los referidos equipos.

#### [Queja 22/5514](#)

- ▶ **Administración afectada:** Escuela Andaluza de Salud Pública, S.A.
- ▶ **Estado de tramitación:** cerrada con la aceptación de la Resolución
- ▶ **Descripción de la actuación:** Esta Defensoría, mediante actuación de oficio, analiza el instrumento jurídico, de carácter mercantil, utilizado para la relación de servicios entre la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y las personas profesoras asociadas, que presenta deficiencias formales, en cuanto a la duración y a la rescisión del acuerdo, que pudieran perjudicar los derechos de ambas partes y, especialmente, de la parte prestadora del servicio.
- ▶ **RESOLUCIÓN:**

SUGERENCIA: para que en el modelo de acuerdo específico de colaboración como personal docente asociado que se viene utilizando por esa Escuela, y en cuanto a la cláusula relativa a la duración del mismo, se amplíe su contenido en el sentido de ofrecer mayor información sobre el carácter de sus prórrogas, es decir, si han de entenderse automáticas o requieren una acción concreta; el plazo máximo total de vigencia, incluidas las posibles prórrogas; y la posibilidad de extinguir el contrato antes de su fin, por cualquiera de las dos partes, previo el correspondiente preaviso y el plazo para el mismo.



## 3.1. Relaciones institucionales

### 3.1.4. Relaciones de colaboración con asociaciones y agentes sociales

...

En materia de salud y bienestar, la tónica predominante se ha desarrollado en torno a los colectivos que demandan la mejora en la accesibilidad al nivel de atención primaria de salud y un refuerzo de la salud mental, así como de modo cualificado, la presencia de organizaciones y entidades que nos han expresado su labor en defensa de las personas mayores y planteado propuestas acerca de instrumentos precisos para la mejora de su calidad de vida y bienestar, tanto en el ámbito de la protección de su capacidad y necesidades personales, como en el de los recursos residenciales y de participación a su disposición.

En este capítulo de entidades sociales que se hubieran destacado por su colaboración con el Defensor del Pueblo Andaluz y en la promoción y defensa de los derechos humanos, previstos en el art. 26.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento, esta Institución ha considerado oportuno **destacar para el ejercicio 2023 a las distintas plataformas que a lo largo y ancho del territorio andaluz han trabajado por la defensa de la sanidad pública**, sobre todo por la puesta en valor de la atención primaria como sector necesario de especial protección en el sistema público. Además ha sido **especialmente relevante la labor de la Fundación Mujeres en la defensa de los derechos de los huérfanos que deja la violencia de género, y la lucha contra la violencia vicaria**.

## 4.2. Casos de No colaboración. Análisis por bloques temáticos de materias

### 4.2.1.5. Salud y Bienestar

Ha sido expresamente rechazada la resolución dictada en el caso siguiente:

- ▶ Resolución relativa al respeto de la libre elección de médico de familia, dirigida a la Dirección Gerencia del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda, en el curso de la [queja 22/2497](#).



# Revista del informe anual

## La mediación del Defensor del Pueblo Andaluz, un diálogo entre la ciudadanía y las administraciones más cercano

La Institución del Defensor del Pueblo Andaluz ha sido pionera entre sus homónimas en la instauración efectiva de la cultura de paz, a través del uso de la mediación como mecanismo eficaz en la gestión y resolución de quejas, en coexistencia lógica con la supervisión de la labor a las administraciones públicas.

Los valores que impregnan las actuaciones de la Institución para el cumplimiento de la misión que tiene encomendada la Defensoría del Pueblo Andaluz se ajustan en esencia a los valores y principios de la **cultura de paz**.

En este sentido, la Estrategia del Defensor del Pueblo Andaluz 2021–2024, pone una mirada interna a este respecto, enmarcando sus actuaciones basadas en los siguientes valores: el compromiso social, la inclusión y el apoyo a las personas vulnerables, la justicia y equidad, el diálogo y el consenso, la empatía y la transparencia, además de la participación ciudadana, la flexibilidad, la capacidad de adaptación y el aprendizaje permanente. Todos ellos, valores estrechamente vinculados a la cultura de paz.

Para la defensoría andaluza, la mediación la ha dotado de un enfoque directo, transversal y participativo, favoreciendo un espacio para la autocomposición de soluciones a administraciones y ciudadanía, apoyado con profesionales y técnicas mediadoras.

Es evidente que la mediación en el ámbito administrativo materializa la involucración ciudadana en el ejercicio de las políticas públicas, potenciando los derechos humanos desde una participación directa de las personas y los colectivos y desde el ejercicio de la voluntariedad como vía prioritaria de gestión, **dirigida a lograr consensos y contribuir a la buena administración**.

En Andalucía, el apoyo de administraciones y del arco parlamentario andaluz a la mediación del Defensor del Pueblo está siendo relevante y sostenido en el tiempo desde que se puso en marcha esta experiencia, en 2016. Por lo que respecta a las administraciones, el diálogo y el consenso, ejes de la mediación, se vinculan también directamente con el principio de buena administración, de flexibilidad, participación y transparencia, potenciando con ello la innovación social en la protección de derechos.

**Se ha convertido en un proceso que humaniza la gestión y los roles de ciudadanía y administración a través de las personas que acuden a ella.**

Un sistema de gestión informado en los principios de la cultura de paz (diálogo, cooperación, solución de problemas), pone a la persona en el centro de su eje de actuación y supone procesos de gestión de asuntos con una mayor adaptabilidad, flexibilidad, transversalidad, y cercanía. En este tipo de reto, tal y como ha manifestado el Defensor en numerosas ocasiones *“es fundamental tener clara la prevalencia del interés general, el equilibrio e independencia de los intereses partidistas y la capacidad de construir consensos a través de la cercanía y el acompañamiento. Todo ello fomentando la cultura de paz, la paz y la justicia, la prevalencia del servicio público y la cooperación, en una gestión más humana de la administración pública”*.

Hay que precisar que las intervenciones de mediación que lleva a cabo el Defensor del Pueblo Andaluz se derivan de conflictos no resueltos entre la ciudadanía (en su vertiente colectiva) y una o varias administraciones públicas, o los que se suscitan entre distintas administraciones públicas en la Comunidad Autónoma andaluza.



Ese entendimiento desde la diferencia y el espacio de interlocución que la mediación procura, forma parte de la respuesta que muchos ciudadanos y ciudadanas esperan recibir. Incluso cuando dicha respuesta no es la esperada, siempre el encuentro abre canales de comunicación directa entre la ciudadanía y su administración, cuyas relaciones perduran en el tiempo, más allá de la disputa planteada. Algo que resulta valioso para nuestras mediaciones, y así lo ha manifestado la ciudadanía incluso cuando no logran un acuerdo específico, es que se sienten escuchados en la mediación y encuentran un espacio para poder explicarse. Valoran obtener información y entendimiento sobre lo complejo de su asunto, y las dificultades que puede encontrar la Administración en su gestión.

En este sentido, la Comisión Europea para la Eficiencia de la Justicia (CEPEJ) en su Informe de 2022<sup>4</sup>, pone en valor la mediación como mecanismo preventivo que contribuye a equilibrar las relaciones de los particulares con la administración. Y en ese enfoque se ha ido forjando la mediación de la Defensoría andaluza.

Por ello, entre los distintos estilos y propuestas para guiar una mediación que encontramos en la literatura científica<sup>5</sup>, la mediación del dPA tiene un marcado carácter facilitador y a veces transformativo en función del asunto. Será clave el análisis riguroso de cada conflicto, sobre el que las mediadoras diseñan su línea de intervención de forma flexible y adaptativa al contexto, de tal forma que no hay dos mediaciones exactamente iguales, aunque versen sobre la protección de los mismos derechos. Se puede apreciar la riqueza y diversidad de matices en las alternativas de solución que se plantean en distintos escenarios y con distintas personas involucradas.

Hoy **la mediación de la Institución andaluza** es una verdadera alternativa procedimental dentro de la institución, de naturaleza auto-compositiva, con sello propio, que pretende **velar y garantizar los derechos de la ciudadanía con su propia participación** a través de una intervención que les de protagonismo, le facilite el diálogo y la comprensión mutua de intereses. Además, el enfoque permite trabajar con la re-definición de la relación con perspectiva de futuro, con efecto preventivo de otros posibles conflictos o multiplicación de las controversias. Todo ello sin olvidar la consecución de una solución del problema que se plantea, o minimizar sus efectos, a través de lograr con un acuerdo que adopten las partes.

Tras la acumulación de la experiencia de esta Institución en el uso de la mediación como fórmula de intervención, puede afirmarse su fortaleza como método de gestión eficaz y eficiente para dar cumplimiento a los objetivos de la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible, que aprobó la Organización de Naciones Unidas.

## Una Defensoría a tu lado: acercando la Institución a las personas

Este año, el Defensor del Pueblo andaluz (dPA) celebra 40 años desde que se creó la Institución en nuestra Comunidad Autónoma. Desde su creación, un 1 de diciembre de 1983, viene trabajando para acercar la labor de la Institución de garantía y defensa de derechos a toda la ciudadanía que vive y se relaciona con las administraciones públicas andaluzas.

Andalucía, con una superficie de 87.599 km<sup>2</sup>, es la segunda comunidad autónoma más grande de España, detrás de Castilla y León, pero es la primera por población, 8.584.147 habitantes según el INE a 1 de enero de 2023. Estamos organizados en ocho provincias, 66 comarcas y 785 municipios.

Andalucía es diversa. Junto a grandes núcleos de población conviven pequeños municipios alejados de las capitales de provincia, con pocas comunicaciones e infraestructuras y escasos servicios públicos.

Desde su inicio, el Defensor del Pueblo Andaluz ha querido estar presente en todo el territorio andaluz y escuchar a toda la ciudadanía pero la extensión de Andalucía y la idiosincrasia de su población nos hace difícil cumplir esa misión.

4 Promoting mediation to resolve administrative disputes in Council of Europa member states CEPEJ (2022)

5 Clasificación por coordenadas ("grid") expuesta por Leonard L. Riskin, en 1997. Leonard L. Riskin: "Understanding Mediators' Orientations, Strategies, and Techniques: a Grid for the Perplexed". 1997. Así la clasificación que sostiene Leonard Riskin: la mediación evaluativa, que procura el análisis de las posturas de las partes para predecir sus puntos débiles y sus puntos fuertes, en aras de lograr un acuerdo. 1) la facilitadora, centrada en el restablecimiento de las relaciones entre las partes en disputa y tratando de impulsar el logro de un acuerdo, y 2) la transformativa, que se dirige a mejorar las relaciones de las partes, su comunicación y su capacidad mutua de entendimiento, apoyándoles mientras tratan de alcanzar una solución por sí mismas o no, sobre la cuestión en disputa. Esta clasificación permite observar cómo la mediación puede actuar desde distintas ópticas priorizando según el estilo de mediación diferentes fines. Ello resulta útil para identificar las características que definen el modelo, como se verá en adelante.



En la presentación del Informe Anual de 1986 un parlamentario de uno de los partidos representados en la Cámara andaluza ya decía que “constituía un dato constatable que la institución del dPA era una perfecta desconocida para la inmensa mayoría de los andaluces y que de aquellos que han oído su nombre, muy pocos conocen cuál es su cometido y cuál es su función. Es preciso por tanto, acercar la institución al pueblo, intensificando la difusión de su existencia y competencias en todas las capas sociales y en todas las áreas geográficas de la Comunidad Autónoma andaluza, fundamentalmente en aquellas capas populares y en aquellas áreas geográficas más deprimidas o más subdesarrolladas. Y esto se lleva a cabo a través, tanto de la utilización de los medios de comunicación social, como de los viajes, visitas e intervenciones en actos de todo tipo; es decir, todo aquello que pueda contribuir a que haya un acercamiento, una intensificación del conocimiento por parte del pueblo de lo que es y de lo que significa la institución del Defensor del Pueblo Andaluz”.

Desde su creación, la Institución siempre ha querido estar más presente en el conjunto de la sociedad andaluza y sus territorios, pero desgraciadamente sólo tiene sede física en la capital de la comunidad y aunque intenta que la ciudadanía pueda contactar con ella a través de todos los medios: telefónicos, internet, redes sociales, etc. Consciente de que falta mucho por llegar a todos los territorios y a todas las personas.

Y no han sido pocos los avances y cambios desde 1983. En aquellos primeros años de los inicios de la democracia en España, esta institución ha intentado caminar a la par de la ciudadanía a la que defiende. Y ha pasado de ser considerada un buzón de quejas, como algunos la llamaron, a constituir la defensa de los derechos humanos en cualquier parte del mundo, desde Andalucía.

Hoy día creemos que **nuestra institución es conocida, valorada y utilizada por los andaluces y andaluzas**. Si bien es cierto que compartimos en parte esa reflexión de la necesidad de estar más involucrados con la ciudadanía, también queremos ofrecer nuestros servicios de una manera más directa y asequible a toda la ciudadanía.

La evolución del número de consultas así lo manifiesta: hemos pasado de tener 245 consultas en el inicio de la oficina de información, cuando la mayoría de ellas eran presenciales, a las **más de 16.000 consultas de este último año**, en las que ya un importante número son por vía electrónica y, comparativamente, se han reducido las presenciales.

AÑO	CONSULTAS
1993	245
1996	2.710
2000	4.490
2005	6.594
2010	9.082
2015	9.343
2018	13.117
2020	16.828
2023	15.583

Desde que tomó posesión el actual Defensor del Pueblo Andaluz, durante el sexto mandato de la Institución, expuso la necesidad de acercar la Institución a la ciudadanía e intensificar fórmulas de participación con colectivos y organizaciones sociales en la defensa del interés público mediante una **presencia más intensa en las provincias**, junto con la creación de foros participativos y el desarrollo de una adecuada política de comunicación.

Así, en el año 2015 se potenció la Oficina de Atención e Información, figurando entre sus cometidos el de promover la presencia de nuestra Institución en todo el territorio andaluz, desarrollando un **plan de visitas institucionales a comarcas y localidades andaluzas**.

Igualmente, en la Estrategia del Defensor del Pueblo Andaluz 2021-2024 se establece la necesidad de incrementar la cercanía a la ciudadanía. Para ello se ha desarrollado un plan de visitas a las comarcas de Andalucía.



Desde que la Defensoría andaluza inició el programa de visitas a las comarcas andaluzas ha realizado **55 visitas**, con presencia en todas las capitales de provincia de Andalucía con los siguientes objetivos:

9. Acercar la institución a la ciudadanía
10. Estrechar relaciones con el movimiento asociativo
11. Escuchar a los Servicios Sociales comunitarios

Unas visitas que persiguen, por tanto, intensificar el papel de la Institución como receptora de las inquietudes ciudadanas y sociales. Para ello es necesario llegar de mejor forma a toda la población por lo que es clave aumentar la presencia de la Institución en el territorio, sobre todo en las zonas más despobladas, que es donde se dan las mayores carencias de servicios públicos básicos y de acceso a recursos comunitarios.

Dentro de esta estrategia es importante que el dPA se haga **presente y visible en todo el territorio andaluz**, aumentando su capacidad y cobertura de atención de cara a desarrollar su misión.

Más allá de la problemática concreta expuesta en cada visita, los desplazamientos de la Oficina de Información y Atención a la Ciudadanía permiten a la Institución conocer de primera mano las carencias y las inquietudes de los municipios y comarcas visitadas y la percepción y la valoración que tienen los habitantes de la zona de las administraciones con las que se relacionan.

La facilidad para acceder a la Institución del Defensor del Pueblo andaluz por diferentes canales (teléfono, correo postal, correo electrónico, formulario web, redes sociales, etc.) convive con la necesidad de muchas personas de tratar sus problemas personalmente, ser escuchadas sin filtros tecnológicos y sin tener que efectuar largos desplazamientos para tener este cara a cara.

Aunque las nuevas tecnologías están al alcance de sectores muy amplios de la población, constatamos que quedan otros, sobre todo personas mayores y personas en el umbral de exclusión social, que continúan necesitando y pidiendo un trato personalizado y directo.

En las recientes visitas el equipo de la Defensoría ha comprobado que muchas personas que se han acercado a su sede itinerante, no hubieran hecho uso de la Institución si no es gracias a haberse desplazado a su municipio.

En algunas localidades la presencia de la Oficina de Atención Ciudadana del dPA ha superado en un día el número de personas de esos municipios que se han dirigido al Defensor en toda la vida de la Institución. Por ejemplo, en nuestra visitas a la comarcas de La Alpujarra o del Poniente almeriense, los habitantes de ambas zonas apenas habían tramitado 80 quejas en los últimos 30 años ante la Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz (y no precisamente porque no tengan motivos de queja).

Las visitas realizadas han sido las siguientes:

- ▶ **Almería:** 5 visitas. Almería capital, Comarca de Valle de Almanzora y los Vélez, Olula del Río y Poniente de Almería (El Ejido y Roquetas).
- ▶ **Cádiz:** 11 Visitas. San Fernando y Chiclana, Rota, Sanlúcar de Barrameda, Cádiz capital, Medina Sidonia, Barbate, Conil, Villamartin, Arcos de la Frontera y Jerez de la Frontera.
- ▶ **Córdoba:** 8 visitas. Valle de los Pedroches (Hinojosa del Duque y Pozoblanco); Comarca Subbética (Lucena); Campiña Este (Baena); Valle Alto (Montoro) y Medio del Guadalquivir (La Carlota); Valle del Guadiato y Córdoba capital.
- ▶ **Granada:** 7 visitas. Granada capital; Alpujarras (Órgiva); Loja; Guadix; Baza y Comarca de la Costa Tropical (Motril) y Valle de Lecrín (Dúrcal).
- ▶ **Huelva:** 7 visitas. Sierra de Aracena (Cortegana y Aracena); Huelva capital; El Andévalo (Puebla de Guzmán); Cuenca Minera (Minas de Riotinto) y Huelva Occidental (Ayamonte y Lepe).
- ▶ **Jaén:** 5 visitas: Comarca de Segura y las Villas (La Puerta de Segura y Villacarrillo); Comarca de la Loma (Baeza); Jaén capital, Sierra Morena (Linares).





- ▶ **Málaga:** 7 visitas. Comarca de la Axarquía (Vélez-Málaga); Sierra de las Nieves (Ojén); Ronda; Algatocin; Casares; Antequera y Málaga.
- ▶ **Sevilla:** 5 visitas. Comarca de Sierra Norte (Cazalla y Constantina); Écija; Morón; Marchena y Osuna.

El Defensor en su visita a la Alpujarra manifestaba: *“Me parece muy importante que la ciudadanía de cada provincia identifique al Defensor y que ese encuentro no sea a través de un papel, sino a través del rostro humano. Que yo perciba la sensibilidad, la importancia y la gravedad de lo que me plantean. Eso hace que la oficina funcione de forma mucho más eficaz”. “Yo no quiero tener un papel en las manos, sino conocer el rostro que está detrás de ese papel y para eso tengo que salir a la calle, leer a la gente, verla y sentirla”.*

En dichas visitas, también ha mantenido **reuniones con más de 500 colectivos y asociaciones provinciales y locales que se ocupan de diversas materias:** asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer, asociaciones de Inmigrantes, asociaciones de vecinos, asociaciones de Padres y Madres, asociaciones Pro Derechos Humanos, asociaciones contra las Drogas, asociaciones de Mujeres, Cruz Roja, Cáritas, asociaciones de personas con discapacidad, asociaciones contra el Cáncer, de Enfermos Mentales, asociaciones de Afectados por Enfermedades Raras, Personas sin Hogar, Plataformas de Defensa de la Educación, de Sanidad, Asociaciones de Ciclistas, Ecologistas, etc.

Durante esos desplazamientos, tiene la oportunidad de contactar directamente con las personas que forman parte de ese tejido asociativo y social; conocer en primera persona la problemática y los retos de dichos colectivos, así como los programas que están desarrollando.

La valoración realizada sobre estas visitas a las comarcas y la presencia personal del Defensor en muchas de ellas ha sido muy positiva y creemos que servirá para conseguir el objetivo planteado de **favorecer la participación ciudadana, promover un diálogo constante entre la Institución y sus grupos de interés**, especialmente agentes sociales y asociativos y la ciudadanía en general.

Igualmente, en cada visita, se ha prestado mucha atención a los **Servicios Sociales Comunitarios:** en todas las reuniones con el colectivo de trabajadores y trabajadoras sociales de cada lugar el Defensor destaca la importancia de los Servicios Sociales como primer punto de encuentro con la ciudadanía. En las 55 visitas realizadas a las distintas comarcas de Andalucía, **se ha reunido con más de 1.300 personas.**

Han sido 40 años poniendo voz a los sin voz, a las personas que no pueden acceder a la plenitud de sus derechos. Queremos **escuchar, atender y proteger a aquellas personas que a veces no son escuchadas debidamente por la administración:** hacer posible el pleno disfrute de los derechos a todas las personas en el marco de un estado social y democrático de derecho que permita ir reduciendo las desigualdades y las situaciones de injusticia social.

## La importancia del Tercer Sector como vertebrador de las políticas públicas

Muchas de las políticas públicas están orientadas a acabar con la desigualdad cronicada a lo largo de los años, facilitando la inclusión social de quienes se encuentran en esta situación. Tal y como se recoge en el preámbulo de la Ley 43/2015 de 9 de octubre, del Tercer Sector de Acción Social, se considera que estas desigualdades no están causadas por hechos coyunturales, sino por la persistencia de problemas estructurales, económicos y sociales generadores de inequidad.

Sobre ello, la propia normativa reconoce que es una realidad que a pesar del crecimiento económico de nuestra sociedad determinados grupos aún no han alcanzado los estándares económicos y sociales que les permitan hacer efectivos los derechos de los que son titulares, con especial atención a las personas y grupos que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad y centrando sus esfuerzos en que “nadie se quede atrás”. Y para ello es necesario involucrar a todos los actores.

El Tercer Sector, conocedor de estas situaciones de desigualdad, es un agente imprescindible para conseguir estos objetivos. Su compromiso como parte de la sociedad civil lo posiciona en una situación privilegiada no solo para ser correa de transmisión en el diseño de las políticas de inclusión, sino en la vertebración de las mismas.



Siguiendo el lema de la Fundación Vicente Ferrer, **es necesario hacer de la acción un motor del cambio social**, asumiendo todos los agentes responsabilidades conjuntas en la lucha contra la desigualdad. La sociedad civil organizada tiene un papel decisivo en nuestro Estado de Derecho, en el que la norma está orientada a proteger los derechos fundamentales y la libertades públicas sin excepción de personas y grupos, asegurando así *“una existencia digna, el libre desarrollo de la personalidad y una vida en comunidad pacífica y equilibrada sustentada en la libertad, la justicia, la igualdad, el pluralismo político y la solidaridad”*.

Esta Defensoría desde su constitución, hace ya 40 años, ha velado por los derechos y libertades de la ciudadanía, tal y como tiene encomendado por el Parlamento de Andalucía, constituyendo un objetivo prioritario la población más vulnerable de nuestra Comunidad Autónoma. Los múltiples problemas a los que estas personas se enfrentan día a día son objeto de un buen número de quejas y consultas donde nos trasladan las dificultades para atender sus necesidades básicas, ante la falta de recursos económicos, sociales y personales.

## La sociedad civil organizada tiene un papel decisivo en nuestro Estado de Derecho, en el que la norma está orientada a proteger los derechos fundamentales y la libertades públicas sin excepción de personas y grupos

Conocer la realidad de la sociedad con la finalidad de alcanzar la vía para superar estos problemas es una constante de esta Institución. Y para ello el Tercer Sector, ha sido y sigue siendo, un aliado que aporta conocimiento, compromiso y capacidad de análisis y acción. Para poder orientar acciones que den respuesta a los problemas detectados es necesario tener una mirada poliédrica de la realidad y para ello se requiere tanto el compromiso de la administración responsable de la implementación de las políticas públicas como del Tercer Sector, que estando sobre el terreno cada día conoce bien el impacto de estas políticas sobre la población.

Es ésta una constante en las estrategias que se despliegan en la Defensoría en relación al conocimiento de los problemas a los que se enfrentan los grupos de población más desfavorecida. Así, desde hace años, hemos mantenido contacto directo con entidades del Tercer Sector que se convierten en nuestros ojos en el territorio.

Ejemplo de ello es la dación de cuentas en los distintos Informes Anuales al Parlamento de la gestión realizada para conocer la realidad de quienes se encuentran residiendo en los **asentamientos chabolistas** de la provincia de Huelva y Almería y que tras más de 20 años desde los primeros informes especiales en los que se describía esta situación y recomendaban acciones para su eliminación, no solo siguen existiendo si no que han aumentado en algunos municipios y se han cronificado en el tiempo.

En las numerosas reuniones mantenidas con los distintos agentes intervinientes para abordar esta problemática, ha sido el Tercer Sector quien nos ha aportado un análisis de esta realidad y propuestas de solución que nos ha permitido una mejor comprensión de los problemas a los que se enfrentan las personas que residen en estos entornos. Fueron ellos quienes estuvieron cada día de los que duró la covid-19 apoyándolos en un mundo de soledad extrema, confinados en lugares inhóspitos, y no adecuados a las necesidades de aquella situación. También los que han trasladado lo ineficaz de las políticas asistencialistas, que con el ánimo de paliar situaciones extremas dejan de ser transformadoras y por lo tanto ineficaces a largo tiempo.

A su lado hemos conocido a quienes viven desde hace años en estos asentamientos, poniendo rostro a problemas, que si bien no son anónimos, no se dimensionan de la misma forma desde la mesa del despacho. Nos han dado la voz de alarma ante situaciones extremas como la demolición del Walili en Nijar, que aún siendo una actuación valiente de un Ayuntamiento con objetivos dignos, consideramos que la falta de vertebración a través del Tercer Sector la convirtió en ineficaz para muchos de los moradores en este asentamiento chabolista.

Las **personas privadas de libertad** son también objeto de una estrategia de análisis contando con todos los agentes intervinientes, entre los que se encuentran el Tercer Sector, unos colectivos que también forman parte de los Consejos Sociales Penitenciarios Locales de cada establecimiento. En los distintas visitas a los centros penitenciarios de Andalucía, el Tercer Sector que trabaja en estos establecimientos ha sido un agente primordial e imprescindible para conocer la implementación de las distintas políticas públicas en el ámbito penitenciario.



Son estas entidades, el contacto directo de las personas privadas de libertad con el mundo exterior, con sus familias y núcleo de amistades, quienes rompen la monotonía diaria de estar encerrado, y quien ante la falta de recursos de la administración siguen trabajando, aún cuando se termina esa ansiada subvención que les permite anclarse a proyectos plurianuales.

Iniciativas como EnRedEs merece una especial atención por haber consolidado un trabajo en red en el ámbito penitenciario, **alejando los mitos y prejuicios del contexto penitenciario y dando a conocer el trabajo real de las organizaciones que intervienen en prisión. Conformada por una veintena de** organizaciones del Tercer Sector intervienen en las prisiones y su contexto, siempre en defensa de los Derechos Humanos. Comparten experiencia, fines, objetivos y desarrollan actuaciones encaminadas a la transformación del contexto penal y penitenciario, incluyendo el trabajo con otras plataformas estatales, Administraciones Públicas, entidades sociales y medios de comunicación. Son, un ejemplo del trabajo coordinado de las entidades sociales que intervienen en los centros penitenciarios de Sevilla pretendiendo visibilizar la realidad penitenciaria, así como incorporando sus problemáticas a la agenda política y mediática para acercarla a la sociedad.

Es por tanto el Tercer Sector, organizados en mesas de trabajo, con carácter permanente y sostenidas en el tiempo una voz crítica de quienes no encuentran solución a sus problemas. Quienes acuden a estas entidades los convierten en correa de transmisión de sus realidades dándoles por tanto una legitimidad indiscutible frente a instituciones y administraciones públicas.

Así, la sociedad civil organizada a través de las entidades que velan cada día por mejorar la vida de quienes se encuentran en situaciones difíciles, deben ser reconocidas por el trabajo que aportan y por su liderazgo. Su trayectoria ha demostrado que trabajando conjuntamente, compartiendo perspectivas y desde la mirada integral de los derechos humanos, se consiguen metas que de otra forma serían inalcanzables.

La creación de espacios de diálogo, de reflexión e intercambio de conocimientos potencia el trabajo en red bajo el paradigma del diálogo y la reflexión, siendo por tanto un agente indispensable para la consecución de las 5P de los ODS: **P**laneta, **P**ersonas, **P**roprosidad, **P**az y alianzas (**P**artnership).

Tal y como se indica en la Agenda 2030 para alcanzar estos objetivos es necesario la contribución de todos los agentes implicados, poderes públicos, sector privado y **sociedad civil organizada** que, por su papel de agente transformador es esencial en la construcción de propuestas así como en el seguimiento de los compromisos de los poderes públicos y la construcción de una ciudadanía activa, participativa y solidaria.

Terminamos este artículo con una mención especial a las más de 25 entidades que a lo largo de los 40 años de vida de la Institución del Defensor del Pueblo andaluz han sido reconocidas en sus respectivos informes anuales que presenta ante el Parlamento de Andalucía por su trabajo en favor de los colectivos más desfavorecidos y por su colaboración con la Defensoría.

## El derecho de las personas a acceder a una información de calidad. Acceso a la información y derechos fundamentales

Crece las quejas y las consultas por la mala atención que las personas reciben de las administraciones públicas.

En una antigua canción titulada Comunicando, la cantante chilena Monna Bell, cantaba: *"...quise decirte... que por tu culpa estoy pensando... pero no pude, pero no pude, porque estabas comunicando, comunicando, comunicando"*.

Resulta, que hoy, para muchas personas la administración siempre está comunicando, comunicando, comunicando. Bien porque nadie coge los teléfonos, porque comunica, o porque suena una música que no para nunca: *"nuestros operadores están todos ocupados, llame pasados unos minutos"*.



Incluso, cuando se llama a un teléfono específico de información: Servicio 012 de Información de la Junta de Andalucía, empiezan con una bienvenida eterna: *si quiere sanidad, pulse 1; servicios sociales, pulse 2; estado de carreteras, pulse 3. Y al pulsar, te vuelve a enviar a otros subdirectorios, y cuando salta el que quieres te tienen 15 minutos pendiente y terminan no cogiendo el teléfono.*

Las personas quieren contarle a la administración lo que les está pasando: que no se arreglan sus pensiones o sus prestaciones; preguntar por su ayuda al alquiler joven, o el pago de 200 euros de la agencia tributaria; pero no pueden porque siempre están comunicando; quieren llamar para decir que se agrava su situación y no consiguen las prestaciones de dependencia, o que no pueden encontrar una cita para el médico de atención primaria; que hace más de 30 meses que solicitaron su reconocimiento de discapacidad y todavía no les han llamado y querrían saber cuándo les llamarán, pero *“mi vida, cómo y cuándo, sí, cuando llaman siempre están comunicando”*.

El artículo 3 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público determina que las administraciones públicas deberán respetar en su actuación y relaciones, entre otros, los principios de servicio efectivo a los ciudadanos, y simplicidad, claridad y proximidad a estos.

Sin embargo durante este año seguimos encontrando personas que no pueden hacer efectivos sus derechos y así nos lo transmiten:

### ● 1. Las personas no pueden acudir a presentar escritos ni documentos porque no existen citas previas

*“Llevo 15 días intentando coger cita para presentar una documentación que me falta del ingreso mínimo vital, pero no hay citas disponibles, sólo la he encontrado a 100 kilómetros de mi localidad, pero no tengo coche para desplazarme y no hay transporte público”.*

Tanto el Defensor del Pueblo de las Cortes Generales, como los autonómicos y entre ellos el Defensor del Pueblo Andaluz, hemos remitido resoluciones a las distintas administraciones con el fin de que se proceda a regular la cita previa, incluyendo la posibilidad de atención presencial sin cita.

### ● 2. Imposibilidad de contactar con los teléfonos de información

*“¿Cómo es imposible que la Administración esté inaccesible?, ¿Es dejadez de funciones?, ¿obedece a decisiones políticas? Me parece demencial y una vulneración total de nuestros derechos.” He llamado a innumerables teléfonos y no ha encontrado el modo de contactar”.*

*“Llevo una semana intentando hablar con “la agencia de dependencia” y es imposible. Necesito información para reclamar un pago aplazado a cinco años (qué vergüenza) de un dependiente fallecido y quiero enviar solicitud con toda documentación necesaria, pero no hay forma. Estamos hablando de personas de edad avanzada. En el teléfono de la Consejería de Igualdad, no llevan eso, en la Agencia de la Dependencia no lo cogen y la delegación está off. Ruego intenten llamar a los teléfonos y podrán comprobar lo manifestado”.*

### ● 3. Derecho a que sus expedientes se resuelvan en plazo

La ciudadanía nos traslada su incapacidad y la desesperanza al saber que sus expedientes no se van a resolver en plazo. La propia administración te dice que no se van a cumplir los plazos. **Parece que se ha tomado como normal lo inasumible.**

Procedimientos en los que la norma marca un plazo de 2 meses como la Renta Mínima de Inserción Social, están tardando 8 meses; los títulos de familia numerosa acumulan un retraso de 6 meses; las ayudas al alquiler que se deberían resolver en seis meses se duplican en el mejor de los casos; la dependencia, que debe de tardar 6 meses tarda dos años; una pensión de jubilación no contributiva que tiene un plazo de tres meses, se está resolviendo en un año; la valoración de discapacidad que tiene un plazo de seis meses se está tardando 30 meses, y se asume como normal.

Desde una Delegación Territorial nos contestan a una petición de informe por retrasos en la valoración de la discapacidad: *“En la actualidad existe un retraso en la resolución de los procedimientos debido a la desproporción existente entre el número de solicitudes y la capacidad para atenderlas en plazo por parte de este Centro de Valoración. Actualmente*



*estamos citando para valoración a aquellas personas que presentaron su solicitud en septiembre de 2021, por lo que se prevé que se le citará para reconocimiento en julio de 2025”.*

La hija de una solicitante de prestaciones de dependencia de una persona de más de 90 años, nos remite este triste correo el día de Andalucía: *“por favor, que no corran, Ana, a los 91 años de edad, y enferma, falleció el 7 de febrero de 2023. Solicitó la atención a la dependencia el 10/04/2021.*

#### **4. Es necesario mejorar los procedimientos digitales haciéndolos más amigables y fáciles de utilizar, mejorar las competencias digitales de la población y poner a su disposición alternativas para poder ser atendidos presencialmente o asistidos en el trámite digital**

En los últimos años, los trámites con la Administración se han vuelto cada vez más digitales. A pesar de que responden a unos criterios de eficacia y eficiencia, las recurrentes quejas y protestas de colectivos y personas individuales nos ponen en alerta de que dicha transformación no tiene en cuenta a todas las personas.

Los problemas de la relación digital con las administraciones públicas no solo afectan a las personas con escasos conocimientos digitales, como pueden ser las de mayor edad o las de bajo nivel cultural, sino también a muchas más. Las páginas web de la mayoría de los organismos públicos tienen diseños complejos, poco intuitivos que complican hasta el extremo los pasos que se han de seguir y acaban con la paciencia de los usuarios. Ello coincide, con la creciente desaparición de la atención presencial y telefónica personal, sustituida por contestadores automáticos que cuando responden, acostumbran a redirigirlos de nuevo hacia las páginas web, con lo que se cierra un círculo vicioso desesperante.

#### **5. Es necesario trabajar en una administración que se entienda: un derecho de la ciudadanía y un reto para los servicios públicos**

Hay que garantizar información clara y sencilla para la ciudadanía, que entienda lo que se le pide y lo que se le resuelve, mejorando las comunicaciones y la manera de relacionarse con las administraciones.

#### **6. Y por último, hay que cuidar las regulaciones de las prestaciones sociales, para evitar que los grupos vulnerables necesitados encuentren barreras de acceso a las mismas**

En el informe: El impacto de los trámites administrativos en el acceso a las prestaciones sociales de la Taula de Entidades del Tercer Sector Social de Cataluña, se realiza un estudio que pone de manifiesto que las prestaciones sociales sólo son efectivas si llegan a aquellas personas para las que han sido pensadas y en el menor tiempo posible. Y se establecen una serie de recomendaciones que compartimos:

- 1.** Hay que ampliar el conocimiento de las prestaciones sociales para evitar que las potenciales personas beneficiarias no las soliciten por simple desconocimiento.
- 2.** Hay que incidir en eliminar los textos y los diseños oscuros que obstaculizan el derecho a comprender de las personas solicitantes, potenciando la difusión de información clara y comprensible.
- 3.** Hay que simplificar los procesos de solicitud y tramitación de la prestación, que a menudo se caracterizan por ser trámites especialmente complejos, lentos y desalentadores: evitar los requisitos complejos, hacer cumplir el derecho de no presentar documentación que ya esté en poder de la administración, tener en cuenta la brecha digital para aquellas personas que se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad.
- 4.** Recibir una respuesta rápida y clara: agilizar el proceso y reducir la espera. Ofrecer formas de pago ágiles e inclusivas y flexibilizar los criterios que puedan provocar la pérdida de ayudas ante situaciones sobrevenidas.

Tenemos por tanto que trabajar en la mejora de la gestión pública, para garantizar el cumplimiento de los principios jurídicos de buen gobierno y del derecho a una buena administración y conseguir que se hagan efectivos los derechos de la ciudadanía en sus relaciones con las administraciones.



# La Administración Pública en su faceta de empleadora

## Las personas empleadas públicas, pieza fundamental para la consecución del éxito

La Administración Pública está constituida en una doble vertiente: la vertiente externa, en cuanto prestadora de servicios públicos, que se proyecta hacia fuera en su relación con la ciudadanía; y la vertiente interna, relativa a su faceta de empleadora, que se desarrolla hacia el interior de la organización y engloba las relaciones laborales con sus empleados. Podríamos decir que ambas vertientes son las dos caras de una misma moneda, que se complementan y necesitan.

En esta ocasión, nos interesan las relaciones laborales que se desenvuelven en el interior de la organización, pues las condiciones de trabajo de las personas empleadas públicas, que facilitan o dificultan cada día el desempeño de las tareas encomendadas, afectan directamente a la **calidad de los servicios públicos prestados**. Constituyen las personas empleadas públicas la plataforma desde la cual se interactúa con la ciudadanía, siendo un factor esencial en la consecución del objetivo principal de la Administración, como prestadora de servicios públicos, que es dar cumplimiento al mandato constitucional recogido en el artículo 103, relativo al derecho a una buena Administración.

No cabe duda de que la Administración Pública -referida a todo el sector público- es una importante y potente empleadora. Alrededor de tres millones y medio de personas trabajan en las Administraciones Públicas en España, según los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA) correspondiente al tercer trimestre de 2023.

El empleo público se extiende por todo el territorio español, a través de sus distintos niveles administrativos de gobierno y abarca una importante complejidad sectorial; así, además de la Administración General, podemos hablar, entre otras, de la Administración sanitaria, la educativa o la judicial. En cada una de ellas encontramos profesionales dedicados al servicio público, cuyo trabajo será el vehículo para poder consolidar el **derecho a una buena administración**. Por ello, una de las mayores preocupaciones de la Administración ha de ser gestionar de manera eficiente sus recursos humanos.

En este sentido, la Administración, al igual que cualquier otra empresa, ha de adecuar su capital humano a la dimensión y estructura de su actividad (su cartera de servicios públicos), pues lo contrario conduce al colapso del sistema.

## Las personas empleadas públicas “tienen un rol esencial en sus relaciones con la ciudadanía y en la forma de dar respuesta a sus necesidades, problemas y retos”

En los últimos años, hemos asistido a una paulatina pérdida de plantilla que no ha ido acompañada de una reducción de los servicios que se han de prestar, por lo que, dicho suceso se ha traducido en un empeoramiento de las condiciones laborales, con personas sometidas a una mayor carga de trabajo y, a su vez, ha supuesto las denuncias constantes de la ciudadanía por el retraso en la resolución de sus asuntos -que muchas veces afectan a áreas tan sensibles como el reconocimiento de prestaciones básicas de subsistencia o la atención sanitaria-, apartándonos de este modo de la consecución de un servicio público de calidad tendente a la satisfacción de necesidades.

Cada día, recibimos en esta Defensoría **quejas que evidencian las dificultades con las que se encuentran los profesionales públicos en el desempeño de sus puestos**. A lo largo de los años hemos podido constatar la permanencia de situaciones de discriminación no quedando garantizado el principio constitucional de igualdad; nos hemos encontrado con desarrollos normativos y decisiones administrativas que olvidan principios básicos como el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres para el acceso al empleo público; o la temporalidad en el empleo público y los procesos de estabilización; las denuncias relativas a las condiciones de trabajo del personal de las empresas adjudicatarias de la prestación de servicios públicos externalizados; etc.

En este sentido, podríamos preguntarnos cómo aborda la Administración Pública los temas relacionados con la salud laboral de sus profesionales, en particular los riesgos psicosociales en áreas tan expuestas como por ejemplo la sanitaria;



cómo se gestiona el síndrome del desgaste profesional -el burnout- que se desarrolla generalmente en los servicios de ayuda y de interrelación social; cómo se trata la solución de situaciones de acoso en el ámbito laboral; o si se respeta en todas las ocasiones el cupo de vacantes para ser cubiertas por personas con discapacidad y, posteriormente, una vez se incorporan al puesto de trabajo, cómo se adapta el mismo a sus necesidades; cómo se construye la igualdad entre mujeres y hombres; cuáles son los impedimentos con los que se encuentran los profesionales públicos para conciliar la vida personal o familiar; cómo se consolidan y protegen los derechos de las empleadas públicas que se encuentran embarazadas; o cómo se adapta la persona empleada pública al reto de la digitalización.

A través de las distintas quejas que hemos tenido la oportunidad de estudiar desde que en 1984 inició esta Institución su andadura, hemos apostado por construir una administración más moderna, contribuyendo al respeto y a la mejora de las condiciones de trabajo de las personas profesionales del sector público, lo que, a su vez, repercute directamente en la calidad del servicio público prestado. Muchas de nuestras resoluciones han sido aceptadas por la administración y han supuesto un paso adelante en la consecución de las distintas reivindicaciones laborales que nos han expuesto.

Recientemente, en el Plan Estratégico de los Recursos Humanos de la Administración General de la Junta de Andalucía 2022-2030, se reconoce expresamente que las personas empleadas públicas “tienen un rol esencial en sus relaciones con la ciudadanía y en la forma de dar respuesta a sus necesidades, problemas y retos”. Dicho Plan viene a recoger un conjunto de actuaciones destinadas a la gestión de los recursos humanos en el ámbito de la Administración General, en tanto que “*garantes del adecuado funcionamiento de la Administración e instrumento imprescindible para implementar las políticas públicas, con el fin último de responder eficaz y eficientemente a las necesidades, problemas y retos de la ciudadanía de los próximos años*”.

## La humanización del sistema sanitario andaluz; innovación normativa y prácticas asistenciales por la dignidad de las personas

*En el presente artículo analizaremos brevemente la importancia de los derechos humanos en las etapas críticas de la vida: **el nacimiento y la muerte**. Los avances que se han producido, en primer lugar, respecto a los derechos en el parto, nacimiento y puerperio, y en segundo lugar en los derechos al final de la vida, de los que esta Institución **ha sido testigo, promotora y garante, avanzando a la par que la ciudadanía a la que defiende**.*

La protección y el reconocimiento de los derechos humanos en las etapas críticas de la vida, específicamente en el nacimiento y la muerte, representan uno de los fundamentos más profundos del respeto a la dignidad humana. Estos momentos, marcados por su intensa vulnerabilidad y trascendencia, exigen una atención especial por parte de la sociedad y las legislaciones, asegurando que cada persona sea tratada con el máximo respeto, cuidado y compasión.

La **evolución de la sociedad y de la legislación española y andaluza** en las últimas cuatro décadas refleja una **creciente sensibilización hacia estos derechos**, marcando un progreso significativo en cómo la sociedad aborda estas etapas vitales. Este reconocimiento legislativo no solo protege a los individuos en momentos de gran vulnerabilidad sino que también subraya el compromiso colectivo con la dignidad humana en todo el espectro de la vida.

En este escenario, fue de gran importancia el entonces “nuevo paradigma” de la **autonomía del paciente**. Así, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente, **marcó un antes y un después** en el reconocimiento de los derechos de los pacientes, mereciendo mención especial el consentimiento informado, el derecho a la información y la regulación sobre instrucciones previas, el documento por el cual las personas mayores de edad pueden manifestar anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, llegado el caso de no ser capaces de expresarla personalmente.

Por lo que respecta al **momento del nacimiento**, asociaciones de profesionales de la salud y de usuarias trabajaron durante años con el objetivo de alcanzar las metas propuestas en las Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento



alcanzadas en la “Declaración de Fortaleza de 1985”. El enfoque principal es la implementación de protocolos actualizados para el seguimiento del embarazo, manejo del parto y nacimiento, cuidados postparto y atención durante el periodo neonatal, de acuerdo con los últimos hallazgos científicos.

En España, desde el año 2007 en adelante, las Estrategias de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad han influido significativamente en la práctica médica, promoviendo el respeto a la voluntad de la mujer durante el parto, el contacto piel con piel inmediato y la lactancia materna, y fortaleciendo el enfoque de género en las políticas de salud.

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, y recientemente la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica dicha ley, también inciden en derechos relacionados con el parto, como la intimidad, el respeto a las decisiones personales y el acceso a una atención de calidad.

En el ámbito andaluz hemos de mencionar el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, que se inició en 2007, y el Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía, aprobado mediante acuerdo del Consejo de Gobierno el 13 de abril de 2021.

En los últimos años se están reclamando **prácticas más respetuosas en el parto** y con mayor participación activa de la madre, así como la eliminación y revisión de algunas prácticas clínicas consideradas por organismos internacionales como **“violencia obstétrica”**, por las cuales el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de la ONU ha llegado a condenar al Estado español en tres ocasiones, en una de ellas por hechos ocurridos en el año 2009 en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Como muestra de ello, **esta Institución se ha interesado ante centros hospitalarios del sistema sanitario público de Andalucía** por la observancia del contacto piel con piel también en los partos por cesárea, conforme a las evidencias de los beneficios indudables que del mismo se derivan para los recién nacidos durante las primeras horas de vida, cuestión respecto a la cual hacemos referencia en el apartado correspondiente a “Perspectiva de género en las actuaciones del Defensor del Pueblo Andaluz” del Informe Anual 2023, nos referimos a la importancia de la **“humanización” de las cesáreas**.

Asimismo, esta Institución ha venido reclamando que el enfoque de atención humanizada debía poner la mirada igualmente en la **pérdida perinatal** y la atención que la situación requiere, entendiendo la pérdida en un sentido temporal más amplio que la que contempla la norma general.

Así, en el año 2003 ya formulamos una Resolución sobre la actuación hospitalaria en el caso de una mujer interna en un centro penitenciario que dio a luz en el hospital a los seis meses de gestación a un bebé que nació sin constantes vitales. La madre manifestaba que apenas se le había facilitado información sobre la causa de la muerte, por lo que recomendamos que se adoptasen las medidas oportunas para que, ante el fallecimiento de criaturas nacidas tras un parto pretérmino, se informase suficientemente sobre la causa.

Sobre esta cuestión seguimos insistiendo en el año 2020 al hilo de la queja presentada por una mujer que sostenía que tanto la comunicación en la ecografía de 12 semanas de que los dos bebés que esperaba no tenían latido como el legrado que le realizaron posteriormente se habían realizado de forma fría y sin empatía. Por ello, formulamos una Recomendación sobre la oportunidad de elaborar un protocolo para la atención y manejo en los supuestos en que el alumbramiento no llega a término, que contemple, entre otros aspectos, el acompañamiento y ofrecimiento de apoyo psicológico a la madre, y en su caso, a la pareja, durante el ingreso y alta, la adecuación de espacios diferenciados durante el ingreso de la paciente y el fomento de una formación específica de los profesionales sanitarios para la transmisión de la información.

**Estos esfuerzos conjuntos de sociedad, profesionales y poderes públicos** están permitiendo que sea cada vez más común en los centros sanitarios que **el acto de dar a luz y nacer se realice de manera segura y**, al mismo tiempo, con un nivel de **calidez humana** que hace que estos momentos cruciales sean experiencias positivas y memorables, **y que en caso de muertes perinatales se extreme la atención e información** a la madre y familiares en proceso de duelo.

Al mismo tiempo, el envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas e irreversibles, los adelantos médicos y el progresivo aumento de la conciencia de la ciudadanía plantean nuevas preguntas y desafíos en torno a los procesos del final de la vida, dentro de una sociedad con diferentes valores, creencias y preferencias con respecto a **la forma de entender y afrontar la muerte**.





Existe, sin embargo, un **consenso ético y legal sobre los principios fundamentales relacionados con el concepto de una muerte digna**, entendida como el derecho a recibir cuidados integrales y de alta calidad, a morir con dignidad y sin sufrimiento innecesario y al respeto a la autonomía del paciente incluso en las etapas finales de su vida. Se evidencia pues la necesidad de establecer leyes que garanticen las libertades y derechos para preservar la dignidad del individuo durante el final de su vida.

**Andalucía ha sido pionera** en ello. La Ley 5/2003 de 9 de octubre de declaración de Voluntad Vital Anticipada, reguló en el andaluz la declaración de voluntad vital anticipada como cauce para que una persona pueda ejercer su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma. Este derecho se recogió en el año 2007 en el propio Estatuto de Autonomía de Andalucía en su artículo 20, junto con el **derecho a la dignidad en el proceso de muerte** y el derecho a recibir **tratamientos paliativos integrales** a todos los usuarios y usuarias del sistema sanitario público andaluz.

A mediados de 2007 también se publicaron las Estrategias Nacionales de Cuidados Paliativos que marcan los criterios a nivel nacional de todos los aspectos relacionados con el final de la vida y en 2008 entró en vigor el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, cuyo objetivo es proporcionar una atención integral que dé una respuesta adecuada a las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que presentan las personas que se hallan en una situación terminal, así como a sus familiares, procurándoles el máximo grado de bienestar y calidad de vida posibles, siempre dentro del respeto a la dignidad y voluntad personal en su último periodo vital.

Ante la ausencia de legislación estatal, los parlamentos autonómicos tomaron la iniciativa, convirtiéndose **Andalucía en la primera comunidad en aprobar la suya**, gracias a la Ley 2/2010, de 8 de abril, **de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte**, a la que siguieron con textos legales muy similares.

Por parte de esta Institución hemos realizado algunas actuaciones relevantes en la materia, como en el caso de la Resolución en la que recomendamos que en los protocolos sobre información a pacientes y familiares se introdujeran previsiones específicas sobre la manera de dar malas noticias, principalmente en los casos de fallecimiento, así como para que se garantizase el acompañamiento de pacientes en situación de terminalidad por sus familiares.

Merece especial mención el Informe Especial al Parlamento “Morir en Andalucía. Dignidad y Derechos”, publicado en diciembre de 2017, en el que analizamos el cumplimiento del conjunto de derechos y garantías establecidos en la mencionada Ley 2/2010, de 8 de abril, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía. En particular, por lo que se refiere a los derechos a la información y al consentimiento informado, el rechazo del tratamiento y la retirada de una intervención, la realización de la declaración de voluntad vital anticipada, la recepción de cuidados paliativos integrales y la elección del domicilio para recibirlos, el tratamiento del dolor, la administración de sedación paliativa, el acompañamiento y la salvaguarda de la intimidad y confidencialidad.

**Los principios fundamentales relacionados con el concepto de una muerte digna son el derecho a recibir cuidados integrales y de alta calidad, a morir con dignidad y sin sufrimiento innecesario y al respeto a la autonomía del paciente incluso en las etapas finales de su vida**

Asimismo, en relación al debate sobre la legalización de la eutanasia y el suicidio asistidos, el citado informe pretende ofrecer información que ayudase a las personas interesadas a comprender mejor cuáles son los aspectos legales y éticos sujetos a controversia, cuáles son los derechos e intereses en juego y qué razones y argumentos son las que sustentan las diferentes alternativas en discusión.

En el mes de abril de 2018 celebramos una Jornada **sobre el Informe Especial**, a cuyas ponencias se puede acceder a través de nuestra página Web, con la que pretendíamos propiciar un debate social y favorecer la adopción de medidas que garantizaran realmente el derecho de las personas a la dignidad en el proceso de muerte.

Por fin, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia, representó un cambio radical en la aproximación a la muerte digna, permitiendo bajo estrictas condiciones la eutanasia, respetando la autonomía personal



frente al sufrimiento terminal. Tras haber sido puesta en cuestión su ajuste a la Constitución, la Sentencia 94/2023, de 12 de septiembre de 2023, dictada por el Pleno del Tribunal Constitucional, resolvió la constitucionalidad de la misma.

La complejidad e innovación de esta nueva prestación hizo que la Ley Orgánica previera la elaboración de un manual de buenas prácticas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, dirigido a asegurar la igualdad y calidad asistencial de la misma, así como protocolos de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable.

En Andalucía, el desarrollo de la Ley tuvo lugar mediante el Decreto 236/2021, de 19 de octubre, **por el que se crea y regula el Registro de Profesionales Sanitarios Objetores de Conciencia a la prestación de ayuda para morir en Andalucía y la Comisión de Garantía y Evaluación para la prestación de ayuda para morir de la Comunidad Autónoma de Andalucía.**

Por parte de esta Institución, desde la entrada en vigor de la ley orgánica no hemos tenido una presencia relevante de peticiones relacionadas con la eutanasia, lo cual es entendible, si tomamos en consideración que se trata de una prestación minoritaria y que, al margen del procedimiento, la decisión de fondo es de índole técnica especializada.

No obstante, en el apartado correspondiente a Salud y Bienestar del Informe Anual 2023 nos hacemos eco de algunos pormenores de la actual regulación, así como de los problemas en su aplicación en su aún corto recorrido temporal y las propuestas de mejora que nos trasladó la Asociación por el Derecho a Morir Dignamente de Andalucía en una reunión mantenida en el mes de junio de 2023.

Tras estas breves exposiciones de los cambios en la percepción social y los recorridos legislativos de **dos momentos vitales tan diferentes y a la vez tan entrelazados como el momento en el que llegamos y el momento en que nos vamos de este mundo, lo que podemos concluir es que en las últimas décadas hemos experimentado grandes avances en la humanización de los procesos médicos en ambas etapas.**

Quedan muchos desafíos pendientes, pero al menos tenemos una certeza: la necesidad de revisar y actualizar los procesos clínicos conforme a los cambios sociales y los avances de la evidencia científica, con la mirada siempre puesta en la dignidad de la persona.