



19. SALUD

19.1 CAPÍTULO 01.X.SALUD	3
01.X.1 Introducción	3
01.X.2 Análisis de las quejas	4
01.X.2.1 Salud Pública	4
01.X.2.2 Atención Primaria	5
01.X.2.3 Atención especializada	8
01.X.2.3.1 Mala praxis asistencial	8
01.X.2.3.2 Listas de espera	9
01.X.2.3.3 Otras quejas sobre atención especializada	11
01.X.2.4 Urgencias y Emergencias	12
01.X.2.5 Derechos de los Usuarios	13
01.X.2.6 Centros sanitarios	16
01.X.2.7 Farmacia	17
01.X.2.8 Salud Mental	19
01.X.3 Actuaciones de oficio. Colaboración de las Administraciones y Resoluciones	22
19.2 CAPÍTULO 03. QUEJAS NO ADMITIDAS Y SUS CAUSAS	23
03.1 De las quejas remitidas a otras instituciones similares	23
03.1.9 Salud	23
03.2 De las quejas rechazadas y sus causas	23
03.2.3 No irregularidad	23
03.2.4 Jurídico-privadas	24
03.2.5 Sin competencia	24
03.2.6 Sub-Iudice	24
03.2.8 Sin recurrir previamente a la Administración	24
03.2.10 Transcurso de más de un año	25
03.2.11 Desistimiento	25
19.3 SALUD EN OTRAS ÁREAS TEMÁTICAS	26
BALANCE DEL DEFENSOR	26
1. El Defensor del Pueblo Andaluz ante la crisis económica	26
CAPÍTULO 01.III DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES	26
01.III.2.2.3 Actuaciones en materia de sanidad	26
01.III.2.2.7 Servicios sociales y discapacidad	27



CAPÍTULO 01.IV EDUCACIÓN	28
01.IV.2.1 Enseñanza universitaria	28
CAPÍTULO 01.V EMPLEO PÚBLICO, TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL	28
01.V.2.2 Demora en la reanudación de los procesos de evaluación y acreditación del desarrollo profesional del personal estatutario vinculado al Servicio Andaluz de Salud (SAS)	28
01.V.2.3.1 Cobertura de vacantes a través de sucesivos nombramientos eventuales. Especial referencia a la prolongación de la jornada laboral (solape)	31
01.V.3 Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones	34
CAPÍTULO 01.VI IGUALDAD DE GÉNERO	35
01.VI.2.4.1 Salud	35
CAPÍTULO 01.VII JUSTICIA, PRISIONES, POLÍTICA INTERIOR Y EXTRANJERÍA	38
01.VII.2.1.3 Abogacía y Asistencia Jurídica Gratuita	38
01.VII.2.2 Prisiones	38
CAPÍTULO 01.VIII MEDIO AMBIENTE	42
01.VIII.2.1 Contaminación acústica	42
01.VIII.2.1.1 Contaminación acústica en el espacio urbano	42
01.VIII.2.1.1.1 Los efectos de la contaminación acústica por los establecimientos de hostelería	42
01.VIII.2.1.1.2 Quejas que tienen su origen en el ruido generado por la instalación de aparatos de reproducción de música pregrabada o en vivo sin estar autorizados	45
01.VIII.2.1.2 Otros emisores acústicos que generan contaminación	48
01.VIII.2.2 Sanidad y salubridad animal	50
01.VIII.2.3 Vertidos y residuos sólidos	50
01.VIII.2.4 Vertido de aguas residuales urbanas. Vertido Cero	52
01.VIII.2.5 Contaminación atmosférica	55
01.VIII.2.6 Medio ambiente urbano	56
01.VIII.3 Actuaciones de oficio. Colaboración de las Administraciones y Resoluciones	58
CAPÍTULO 01.IX MENORES	58
01.IX.2.6 Menores con necesidades especiales	58
01.IX.2.7 Vulneración de otros derechos	59
01.IX.3 Actuaciones de oficio. Colaboración de las Administraciones y Resoluciones	60



19.1 CAPÍTULO 01. X SALUD

01.X.1 Introducción

En el epígrafe dedicado al derecho a la protección de la salud, de la sección 1ª del Informe Anual de esta Institución para el ejercicio 2013, llevamos a cabo una valoración somera de las repercusiones operadas por el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Presentado como uno de los hitos normativos de los últimos tiempos para la reforma del sistema sanitario público, nos detuvimos a considerar los tres aspectos que a nuestro modo de ver resultaban más relevantes, a saber, la determinación del ámbito subjetivo del derecho, la delimitación de su contenido, y la prestación farmacéutica.

Nos referimos a la problemática que planteaban las nuevas definiciones de asegurado y beneficiario, la modificación prevista de la cartera de servicios, y las repercusiones de las nuevas reglas de copago, y otras medidas dirigidas al uso racional de los medicamentos.

Con o sin afectación de la norma aludida, estos tres ámbitos continúan suscitando planteamientos de los ciudadanos ante esta Institución.

No obstante, desde una perspectiva global, cabe destacar algunas manifestaciones de su desarrollo normativo, que se proyectan en relación con la cartera de servicios. En este sentido, podemos citar la modificación de la cartera común suplementaria para la prestación con productos dietéticos (Orden SSI/1329/2014, de 22 de julio), y la de la cartera común básica, en materia de cribado de enfermedades en fase presintomática, genética y reproducción asistida.

Con dificultades para interpretar la significación del escaso bagaje normativo en este ámbito, nos congratulamos con lo que ello pudiera suponer de abandono de algunos de los planteamientos iniciales, que incluían la aportación del usuario para el acceso a determinadas prestaciones, confiando en que de esta manera se confirme una tendencia, que recientemente se ha visto reforzada con la anunciada renuncia al establecimiento del copago en los fármacos hospitalarios.

Significativas en otros aspectos sí parecen las normas aparecidas para regular la discutida troncalidad (RD 639/2014, de 25 de julio), el registro estatal de profesionales sanitarios (RD 640/2014, de 25 de julio), y la sanidad transfronteriza (RD 81/2014, de 7 de febrero).

En todo caso, en algunas ocasiones se dan fenómenos que acaparan la atención del conjunto de un sector y provocan movilizaciones de todos los agentes implicados, eclipsando en buena medida otros aspectos. El impacto social de los mismos cuando afectan al ámbito de la salud suele ser significativamente más profundo, a la vista de la relevancia del bien sobre el que inciden y se eleva el nivel de exigencia respecto de quienes deben ofrecer una respuesta.

En esta tesitura, el 2014 será recordado sin duda como el año de la crisis del ébola, y el reto que para nuestro sistema sanitario ha traído consigo el tratamiento de la enfermedad y el afrontamiento de los riesgos de contagio.

Por otro lado las dificultades para el acceso a los medicamentos innovadores, que ya veníamos recogiendo en esta misma sede, se han manifestado en el proceso de tratamiento de las personas afectadas por la hepatitis C, que demandan una dispensación generalizada de unos fármacos que se anuncian eficaces para la curación de la enfermedad, pero que resultan especialmente costosos para el erario público.



01.X.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

X.2.1 Salud Pública

Durante el pasado ejercicio hemos desarrollado actuaciones relacionadas prácticamente con la mayoría de las cuestiones que se vienen planteando en este epígrafe. Así concluimos algunas quejas de años anteriores que demandaban intervenciones para solventar problemas de insalubridad en viviendas; recibimos una denuncia por riesgo para la salud pública por causa de legionella; planteamientos vinculados a la aplicación de la Ley antitabaco; y solicitud de información epidemiológica sobre el riesgo que presentan algunas enfermedades en determinados ámbitos geográficos.

En este punto damos cuenta de la continuidad del proceso de tramitación de la queja 09/1699 y la queja 10/3859, auspiciadas respectivamente por la Plataforma "Recupera tu ría" de Huelva, y diversas asociaciones ecologistas del Campo de Gibraltar, con el objeto de promover la realización de sendos estudios epidemiológicos a la vista de la elevada mortalidad por cáncer en las áreas geográficas concernidas.

Como medida extraordinaria, una vez solicitados los informes pertinentes a la Consejería que tiene atribuida la responsabilidad en esta materia, desde esta Institución se realizó un encargo a la Sociedad Española de Epidemiología de elaboración de un dictamen para cada caso, con el fin de fundamentar la decisión que pudiéramos adoptar en este asunto, y a la vista de la tecnicidad que lo preside.

Dichos dictámenes fueron presentados a los promotores de las quejas por el coordinador del grupo de trabajo creado al efecto en el seno de dicha sociedad científica, con el encargo de que formularan las alegaciones que consideraran convenientes a su contenido, habiéndose cumplimentado este requerimiento muy recientemente, por lo que aún pende por nuestra parte reevaluar toda la información compilada en estos expedientes y adoptar una decisión definitiva en los mismos. En todo caso, y para general conocimiento de la ciudadanía, y específicamente de los vecinos de las zonas afectadas, Tanto el **dictamen** referido al Campo de Gibraltar como el **dictamen** referido a la Ría de Huelva aparecen expuestos en la página web de esta Institución.

El cribado poblacional del cáncer de colon había motivado la incoación de una queja de oficio a finales de 2012 (queja 12/7129), pero el informe solicitado no se recibió hasta el pasado ejercicio. Los datos contenidos en el mismo no daban a entender que se hubiera iniciado este programa, pues tras el informe de 2010, sobre "Valoración de la pertinencia y viabilidad de implantar un programa poblacional de cribado de cáncer de colon y recto en Andalucía", el esfuerzo se había invertido en desarrollar la aplicación informática, que al tiempo de la recepción del informe se estaba probando, previéndose que a la finalización de las pruebas se iniciarán las fases de formación y pilotaje.

Se da la circunstancia de que sobre este asunto se elaboró un informe posterior (junio de 2013) por parte del grupo de expertos sobre concreción de cartera común de servicios para el cribado del cáncer, en el que junto a consideraciones generales a tener en cuenta para la implantación de este tipo de prestaciones, destacó el carácter coste-efectivo del cribado del cáncer colorrectal, y puso de relieve la desigual implantación del programa en el territorio del Estado, evidenciando un singular retraso de nuestra región en la puesta en marcha de esta medida en comparación con la mayoría de las Comunidades Autónomas.

Dicho informe concluyó que el cribado aludido debía formar parte de la cartera común básica de servicios del Sistema Nacional de Salud, y de esta manera se ha incorporado a la misma por la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre,



considerando por nuestra parte que la obligación legal de dispensación que la misma entraña, a pesar del calendario de instauración progresiva, nos llevará sin duda a volver sobre este tema.

El curso de los acontecimientos puso de actualidad en nuestro país la enfermedad ocasionada por el virus del ébola, pues fueron repatriados ciudadanos españoles que se habían contagiado en el continente africano, y se produjo el primer caso de contagio fuera de las zonas endémicas, que afectó a una de las profesionales que intervino en la atención de aquellos, lo que desencadenó el temor por la posible extensión de la enfermedad a Europa y otras áreas territoriales.

El cuestionamiento de la eficacia de los protocolos de seguridad preestablecidos, incluso por parte del personal de los centros sanitarios, sobre todo en relación con la dotación de medios para poner en práctica las medidas previstas en los mismos, unido al progresivo incremento de la preocupación de la ciudadanía, determinó que iniciáramos un expediente de oficio ([queja 14/4653](#)) con ánimo exclusivamente colaborador con la responsabilidad de la Administración Sanitaria en el manejo de este asunto, y la vista puesta en el suministro de información fidedigna a cuantos ciudadanos o agentes sociales se dirigieran a nosotros manifestando ansiedad por este tema.

El informe que nos ha sido remitido por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, razona las causas que determinan el bajo riesgo de propagación de la enfermedad en nuestro territorio, y aunque obvia una exposición detallada de algunos de los aspectos interesados, fundamentalmente en lo que se refiere a la dotación de medios con los que cuentan los dispositivos asistenciales para la aplicación de los protocolos, sí ofrece una relación exhaustiva de estos últimos, cuyo contenido, entendemos, a falta de una consulta directa de estos documentos, debe resultar ilustrativo a estos efectos. En este sentido el hospital Virgen del Rocío de Sevilla ha sido designado muy recientemente como uno de los siete centros de referencia para atender los casos confirmados del virus, lo que debe conllevar no solo la dotación de la infraestructura necesaria, sino de personal formado y suficiente.

En definitiva, a tenor de los datos suministrados, y partiendo del protocolo general (Procedimiento de actuación frente a casos sospechosos y confirmados de enfermedad causada por el virus del ébola), se han elaborado otros instrumentos: Guía de prevención de riesgos laborales frente al ébola para los trabajadores del sistema sanitario público de Andalucía; Instrucciones específicas para el personal de centros sanitarios y del sistema de vigilancia epidemiológica ante la sospecha de un caso de ébola; adaptación local a los centros sanitarios del protocolo frente al ébola; formación de los profesionales de centros sanitarios para la atención a pacientes con sospecha o confirmados (tres niveles de formación); protocolo para el manejo clínico de casos confirmados; procedimiento de gestión de residuos; procedimiento de limpieza en atención primaria y hospitales; Procedimiento de limpieza de domicilio, y protocolo para el manejo de muestras de pacientes con ébola en laboratorios clínicos.

X.2.2 Atención Primaria

Tradicionalmente, las quejas que se relacionan con el ámbito de la atención primaria de la salud incorporan pretensiones muy diversas, expresivas de las múltiples vicisitudes que pueden sucederse en un proceso asistencial marcado por la proximidad y que constituye el umbral para el acceso a otros niveles asistenciales.

Algunos de los problemas que se nos trasladan traen causa de un conflicto en la relación médico-paciente, que obedece habitualmente a la falta de correlación entre los deseos del usuario y las pautas de actuación de aquel, traducidas en la mayor parte de los casos en ausencia o demora en la derivación a consultas de especialidades (como en la queja 14/333, en la que se discute a qué nivel asistencial corresponde efectuar una derivación para especialista recomendada desde urgencias), o disconformidad con la prescripción



farmacéutica (la interesada en la queja 13/5403 discrepa de la negativa de su médico de cabecera a poner al día las prescripciones en la receta electrónica, dado que por caducidad de la misma, no puede retirar los medicamentos que precisa de la farmacia).

En otras ocasiones las denuncias afectan a los procedimientos de gestión de las citas (en la [queja 14/1046](#) una ciudadana denuncia que solo puede acudir de urgencias a su centro de salud porque su médico está de baja) o se circunscriben a déficits apreciados en la actitud y el trato otorgado por los profesionales.

Habituales vienen a ser los planteamientos que invocan carencias en cuanto a la dotación de personal, que si bien tienen repercusión desde la perspectiva de las condiciones laborales nada desdeñables, nos interesan mayormente por la posible incidencia que pudiera desencadenarse en la calidad de la asistencia que se dispensa.

Las plantillas de los dispositivos de atención primaria atienden a criterios poblacionales establecidos, por lo que no es infrecuente que se reclame su incremento con apoyo en el aumento registrado de la población de la zona, o bien fundamentalmente, que se solicite su completa cobertura, mermada por vacantes y falta de sustitución de las ausencias reglamentarias de los titulares de las plazas, a lo que muchas veces se une un régimen de prestación de servicios en jornada inferior a la reglamentaria, que conlleva sobrecarga de la labor asistencial de los compañeros que se ven obligados a asumirla.

Buenos ejemplos de este tipo de requerimientos vienen constituidos por las quejas 14/2399, 14/2400, 14/2785, y la 14/2936. Las dos primeras se formularon por el Sindicato Médico de Jaén por insuficiente dotación de facultativos en los centros de salud de Mancha Real, y Virgen de la Capilla; la tercera se refiere al centro de salud de Lepe, y la encabeza un profesional del mismo; y la última afecta al centro de salud de Guillena, y se presentó con gran respaldo de firmas de los vecinos de la localidad, de forma que aunque se detiene en las disfunciones producidas por carencias de personal, incide también en otros aspectos que, en opinión de sus promotores, resultan demostrativos del deterioro de la calidad asistencial (reducción de las derivaciones a especialistas, la petición de analíticas y las recetas) y evidencian la distancia entre la filosofía de gestión y las reivindicaciones de los ciudadanos, primando a su entender la consecución de objetivos vinculados a incentivos económicos.

La elevada presión asistencial en el ámbito de la atención primaria de la salud, entraña un problema que se viene discutiendo desde hace tiempo con diversos niveles de intensidad, y a cuya consideración no ha sido ajena esta Institución. La comparación que podríamos efectuar en cuanto a número de quejas respecto de otros momentos temporales, no revela en la actualidad un estado crítico de esta cuestión, aunque ello no obsta para que se reiteren las valoraciones y se demanden las medidas oportunas desde distintos sectores.

Ciertamente la situación ha cambiado mucho en relación con un estado de cosas que reflejamos en varios informes anuales, en el que la jornada de los facultativos se prorrogaba inexorablemente sin descanso el día siguiente a la guardia, los cupos médicos superaban las 2.000 personas, la media de pacientes por facultativo y día era mayor de 50, y el tiempo de consulta se movía entre los tres y los cinco minutos.

Pero ello no nos impide advertir en la actualidad, y quizás como consecuencia de los ajustes que derivan de la situación de crisis económica en la que estamos inmersos, un déficit significativo en la cobertura de las ausencias reglamentarias del personal (incapacidad temporal, permisos, vacaciones,...), cuyas agendas de trabajo son asumidas normalmente por los compañeros del centro, de manera que en función de la frecuencia con la que aquellas se produzcan y el volumen de personal al que afecten, pueden dar lugar a situaciones de sobrecarga asistencial.

La situación respecto de los pediatras presenta connotaciones adicionales, pues la reiterada denuncia sobre carencia de profesionales de esta especialidad en una determinada área geográfica, puede traer causa de dos realidades bien distintas: la una se vincula al déficit de estos especialistas en la bolsa



de trabajo, que implica el desempeño de sus funciones, bien regularmente, bien por sustitución de los titulares, por parte de médicos de familia; la otra se refiere a la falta de dotación de plazas de la especialidad por insuficiencia de la población en edad pediátrica, que no alcanza las ratios establecidas con esta finalidad.

Por nuestra parte, somos conscientes de la primera circunstancia, y en ausencia de especialistas, consideramos que la atención se puede proporcionar por médicos de familia con experiencia en este campo. En cuanto a las localidades que no tienen asignados profesionales de pediatría en la plantilla de sus centros asistenciales, apoyamos el desplazamiento de los mismos desde los centros de salud de su zona de referencia, aún cuando el mismo se produzca en tiempo reducido (uno o varios días a la semana).

Durante el ejercicio pasado contabilizamos varias reclamaciones de esta naturaleza, por falta de cobertura de vacante de pediatría en el centro de salud Palma-Palmilla ([queja 13/6181](#)), o falta de pediatra en el consultorio de Benacazón (queja 14/4938), llegando a iniciar de oficio un expediente por motivo similar relacionado con la localidad de Ventorros de San José, en el municipio de Loja ([queja 14/5475](#)).

La cuestión del déficit relativo de matronas en atención primaria, sobre la que ya se pronunció esta Institución en la queja 07/2272, se ha replanteado el año pasado por un grupo de matronas andaluzas en paro, a las que anima el interés en denunciar las diferencias existentes entre las distintas provincias andaluzas en cuanto a la ratio de matronas de los centros de salud, de lo que derivan una situación desigual en la atención a la salud de las mujeres en cuanto a la maternidad y durante toda su vida reproductiva.

En su momento consideramos que nuestras Recomendaciones para el incremento de plantilla con las plazas de matronas correspondientes a cada provincia según el estudio de necesidades realizado por la Administración, y el establecimiento de un calendario para la dotación presupuestaria de las plazas, priorizando las provincias más deficitarias, no habían sido aceptadas.

En la actualidad no podemos apreciar ningún cambio significativo, pues el informe recibido en la queja 13/6808 reproduce argumentos que ya fueron tenidos en cuenta con anterioridad, y al tiempo que afirma que la sustitución de una matrona normalmente se produce por otra si hay candidatas en la bolsa de trabajo, justifica la desigual distribución territorial de este colectivo profesional en atención primaria por las características poblacionales de la zona, el envejecimiento de algunas áreas y la dispersión geográfica.

En relación con los procesos de distribución de cupos por causas organizativas (incremento de plantilla de facultativos, apertura de nuevos centros de salud,...) esta Institución se ha posicionado ya en diferentes ocasiones para que se excluyan de los procedimientos aleatorios que se efectúan para el reparto de los usuarios, a los que previamente hayan ejercitado el derecho a la libre elección de profesional sanitario, salvo en el caso improbable de que lo impida el volumen de solicitudes que se hayan realizado en este sentido. Con esta finalidad hemos dirigido una Recomendación a la Dirección del Distrito Sanitario de Almería en la [queja 14/300](#), así como Recordatorio de deberes legales, por considerar vulnerado el derecho que habían ejercitado los interesados a la libre elección de pediatra para sus hijos, que han sido convenientemente aceptados por aquella.



X.2.3 Atención especializada

Este nivel de atención sanitaria tampoco aparece exento de casuística en lo atinente a las cuestiones que se someten a nuestra consideración por parte de la ciudadanía, aunque por la habitualidad de sus planteamientos, merecen mención destacada las denuncias por mala praxis asistencial, y las relacionadas con las denominadas listas de espera.

X.2.3.1 Mala praxis asistencial

No por reiterativo resulta menos necesario explicar brevemente el alcance de nuestra intervención en las quejas que cuestionan la atención sanitaria desde la perspectiva de su ajuste a la *lex artis*, la cual viene conformada habitualmente por los protocolos asistenciales o las guías de práctica clínica, que resultan expresivas del modo de proceder en el diagnóstico y tratamiento de las distintas patologías. Los interesados en estos casos consideran que la asistencia sanitaria que han recibido (ellos mismos o sus familiares), no es la adecuada, de forma que imputan directamente a la misma el daño o lesión que se les ha generado.

Es nuestro interés favorecer al máximo el esclarecimiento de estas situaciones, y por ello, tratamos de que nuestra intervención permita incrementar la información de los afectados acerca de lo sucedido, intentando igualmente detectar disfuncionalidades, normalmente en los procedimientos o los tiempos de actuación, que puedan ser objeto de nuestras Recomendaciones o Sugerencias para su subsanación.

En ocasiones sin embargo, la cuestión que se dilucida es de naturaleza estrictamente técnica, no pudiéndonos pronunciar sobre estos aspectos al carecer de medios para llevar a cabo el juicio de valor sobre el ajuste de la práctica asistencial a la *lex artis*, lo que no nos impide informar a los afectados sobre los procedimientos que tienen a su alcance para tratar de hacer valer sus pretensiones en esta materia.

Algunas de las quejas formuladas el pasado ejercicio en este ámbito únicamente incorporaban solicitudes de asesoramiento sobre la manera de actuar en estos casos, mientras que en otras se requería un dictamen cuasipericial que, por las razones ya señaladas, no podemos emitir. Y es que aunque la comparación de los hechos con las pautas fijadas en los protocolos posibiliten afirmaciones sobre el incumplimiento de estos últimos, en ningún caso llegamos a determinar la existencia de una relación de causalidad con la lesión producida, por lo que las dudas que esta circunstancia nos genera nos lleva todo lo más a recomendar a la Administración Sanitaria que inicie de oficio el procedimiento de responsabilidad patrimonial.

La demora que acarrea normalmente la tramitación de este tipo de expedientes administrativos representa la otra cara de la moneda de este asunto, y también se suscita con asiduidad ante esta Institución. En concreto, durante el año 2014 contabilizamos doce quejas de este tipo.

La experiencia acumulada por nuestras intervenciones en esta materia nos ha permitido conocer las causas generadoras del retraso en la resolución y recomendar diversas medidas tendentes a conseguir que aquella se emita dentro del plazo establecido reglamentariamente.

Junto a la emisión del informe técnico-facultativo, que constituye un demostrado cuello de botella de estos procedimientos, la demora a la hora de remitir los informes clínicos y demás documentos que integran el expediente, desde los centros asistenciales donde tuviera lugar la asistencia discutida hasta el servicio administrativo encargado de la tramitación, también colabora necesariamente en dilatar el tiempo que se hace preciso para su finalización.



Esta circunstancia se puso de manifiesto en la [queja 13/5691](#), y aunque la Administración Sanitaria nos dio cuenta de su compromiso de actuación *“en aquellos puntos en los que se está generando una demora significativa en la remisión de informes”*, intentamos minimizar el efecto de la demora provocada por este motivo sugiriendo a aquella la emisión de instrucciones destinadas a ordenar la priorización de la emisión del dictamen técnico-facultativo en estos casos.

X.2.3.2 Listas de espera

En el Informe Anual del año 2013 valoramos en este apartado la respuesta administrativa emitida en la [queja 12/7198](#), que se inició de oficio para investigar la relación que pudiera existir entre la situación de crisis económica, y un eventual incremento de los tiempos de respuesta de las distintas actuaciones asistenciales.

Aunque constatamos una reducción progresiva del tiempo medio de demora quirúrgica, trajimos a colación algunos datos, que entendíamos dignos de ser tenidos en cuenta para ajustar la perspectiva.

Pues bien, a la vista de la información que aparece publicada en la página web del Servicio Andaluz de Salud, dicha tendencia se rompe en el año 2013, en el que la demora media para las intervenciones con plazo de 180 días se sitúa en 59 días (frente a los 54 registrados en junio de 2012), y para las que tienen plazo de 120 días se fija en 48 (frente a los 45 de 2012). Los últimos números revelados se corresponden con el mes de junio de 2014, y ofrecen ratios de 57 y 47 días respectivamente.

Sin considerar este vaivén muy significativo, teniendo en cuenta la horquilla en la que se mueven las cifras a las que aludimos, sí resultan de interés otras cifras igualmente expuestas. En el informe administrativo recibido en la queja reseñada, se nos decía que 358 pacientes habían superado el plazo de garantía de 180 días, pero que solamente uno de ellos la conservaba (192 pacientes superaron el plazo de garantía de 120 días, de los cuales la mantenían tres). En junio de 2013, 1.321 pacientes esperaron más de los plazos establecidos, pudiendo ejercer el derecho incorporado a la garantía 652. Pero es que en junio de 2014, de los 536 pacientes que esperaban más de 180 días para intervenir, solo 21 habían perdido la garantía, e idéntico número figuraba respecto de los 188 que lo hacían más de 120 días.

En definitiva, en junio del año pasado se contabilizaban 682 personas que podían ejercer su derecho a ser intervenidas en un centro sanitario privado, y algunas de ellas han acudido a esta Institución para poner de manifiesto su situación, y el incumplimiento de la garantía de tiempo máximo de espera que la misma entraña.

El escaso número de las quejas recibidas sin embargo, y el contenido de las mismas, nos lleva a considerar que la ciudadanía permanece bastante ajena a la prerrogativa que la superación del plazo le otorga, por lo que el no recurrir a la misma no creemos que se pueda interpretar exclusivamente como muestra de la confianza de los ciudadanos en los servicios sanitarios públicos.

Podemos entender que muchos de ellos continúen deseando ser operados en el ámbito del Sistema Sanitario Público, por parte de los profesionales que han seguido sus procesos, pero también somos conscientes de que la opción por un centro sanitario privado presenta dificultades en muchas localizaciones de nuestra geografía, y fundamentalmente pensamos que resulta muy difícil que los ciudadanos ejerciten derechos cuyo alcance y contenido pueden desconocer.

La Administración Sanitaria proclama la transparencia en relación con el ciudadano como principio fundamental de la gestión de las listas de espera, y en este sentido destaca la publicación de los datos en la página web, pero lo cierto es que en los casos que hemos analizado no hemos podido comprobar que



se hayan adoptado otras de las medidas previstas, entre las que significativamente figura la de comunicar al paciente que no ha sido intervenido en el plazo previsto en la normativa, que puede serlo en un centro sanitario privado, y que el Sistema Sanitario Público correrá con los gastos.

Es por eso que en nuestra opinión la comunicación al paciente del transcurso del plazo de garantía con el señalamiento de la opción que entraña dicha situación, debería materializarse en estos casos a la mayor brevedad, por lo que tras afirmar la vulneración legal que esta situación representa, a veces nos hemos visto en la necesidad de recomendar que se proceda en dicho modo ([queja 14/1116](#)).

Para completar el análisis de la demora quirúrgica, ya a la conclusión de la mencionada queja 12/7198, estimamos necesario traer a colación la actividad quirúrgica que no está sujeta a garantía de plazo, sobre la que expresamente llamábamos la atención porque a pesar de no venir referida a los procedimientos más habituales pensamos que no por ello deja de tener relevancia y resulta necesaria para el paciente.

Así durante el pasado ejercicio iniciamos de oficio la [queja 14/3235](#) para investigar tiempos de respuesta asistencial para estas intervenciones, sabiendo que las prescripciones para las mismas también se incluyen en el registro de demanda quirúrgica y que, por lo tanto, los datos que pudiéramos solicitar habrían de ser fácilmente extraídos, requiriendo información sobre los procedimientos más habituales y los tiempos medios de respuesta que conlleva su realización.

El informe que nos ha remitido la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS, nos ofrece información de las veinticinco intervenciones más frecuentes dentro de esta tipología y de los tiempos medios que presiden su práctica, los cuales solamente en seis supuestos resultan inferiores al que sirve de referencia para la garantía de plazo (180 días), oscilando en los demás entre cifras muy variables.

A este respecto, se nos explica que las intervenciones que se incluyen en esta categoría se vinculan en muchas ocasiones a patologías benignas o de escasa relevancia clínica, mientras que en otras se refieren a intervenciones estéticas, que se operan por las alternaciones funcionales que pueden llegar a ocasionar; algunos requieren ser realizados en varios tiempos, y otras conllevan alto riesgo y es difícil determinar el momento para llevarlas a cabo, o implican un elevado uso de quirófanos. Se nos dice sin embargo que en todo caso la prioridad la marca el facultativo y que a igual prioridad, el orden de intervención es el de la antigüedad en la lista de espera.

Sin llegar a hacer una valoración exhaustiva de la información que se nos ha proporcionado en este expediente, y aún coincidiendo con la falta de gravedad de algunas patologías, consideramos que esta circunstancia no constituye justificación alguna para que las intervenciones se demoren por períodos de tiempo que se sitúan fuera de lo razonable. A este respecto señalar que en el año 2014, 4.840 personas llevaban más de un año esperando una operación no cubierta por la garantía, y 3.039 personas lo hacían más de dos.

En otro orden de cosas, llama la atención que operaciones como las de cirugía bariátrica, cuya demora puede poner en riesgo la salud de los pacientes afectados por obesidad mórbida, que normalmente presentan padecimientos asociados, alcanzan un plazo medio de realización de 1.029 días, pues aunque se hagan necesarios numerosos pasos con carácter previo a su prescripción, no podemos olvidar que el tiempo de espera se cuenta desde la inscripción en el registro. Del mismo modo la reconstrucción mamaria tras una mastectomía se nos antoja como un complemento indispensable de la salud psicológica de las pacientes que la han padecido, pero se lleva a cabo en un período medio de 431 días.

La demora en el proceso de diagnóstico, que en muchas ocasiones representa el tiempo fijado para la recogida de resultados de las pruebas, continúa planteándose, a tenor de las quejas recibidas (queja 14/3344, queja 14/5048, y queja 14/5489), así como la que acompaña las consultas de especialista que no se configuran como primeras consultas derivadas desde atención primaria (queja 13/9912 y queja 14/427), o las citas para unidades específicas dentro de un servicio o especialidad (queja 14/5160 y [queja 13/6758](#)). Algunas quejas recibidas se refieren al retraso en la práctica de pruebas diagnósticas (en concreto un electromiograma en la [queja 14/38](#) y una ecografía en la queja 14/5468).



X.2.3.3 Otras quejas sobre atención especializada

Todas las vicisitudes que pueden presentarse a lo largo del proceso asistencial que se desarrolla en los dispositivos que dispensan atención especializada tienen reflejo en las quejas que recibimos en la Institución: solicitud de práctica de intervenciones quirúrgicas; derivaciones a centros distintos del de referencia, incluso fuera del ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía; requerimiento de pruebas; disconformidad con el diagnóstico o el tratamiento; altas anticipadas a la resolución del problema de salud, ...

La negativa a intervenir a una ciudadana de las secuelas subsiguientes a una intervención de reducción de estómago nos llevó a reflexionar sobre el alcance de la cirugía reparadora en el marco de la cartera de servicios del sistema público, y la interpretación de la instrucción interna que establece los criterios para delimitar aquella respecto de la que tiene un carácter meramente estético.

Considerando que esta última apoya un tratamiento integral de los pacientes afectados por obesidad mórbida que se someten a cirugía de reducción de estómago, emitimos una **Recomendación** al hospital responsable de dicha decisión, para que valorara de nuevo la solicitud de la interesada en el seno de la comisión encargada de estos casos, teniendo en cuenta que a nuestro modo de ver no existe una exigencia de limitación funcional en el supuesto de secuelas de obesidad mórbida subsiguientes a cirugía bariátrica, y **Sugerencia** a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS, para que tuviera en cuenta este aspecto en la prevista revisión de los criterios que integran la Circular 1/2003, de 11 de junio (queja 13/3089).

La falta de un determinado medio de diagnóstico y tratamiento, que al decir de las noticias aparecidas en los medios de comunicación, había puesto en riesgo la vida de una persona, afectada por una hemorragia subaracnoidea, nos llevó a un análisis del sistema escalonado de atención previsto en el Plan Andaluz de Ictus, desde la perspectiva de la cartera de servicios establecida para cada nivel de atención, y con el fin de alcanzar la efectividad de los medios que integran la misma, llegamos a sugerir que se priorizara la disponibilidad ininterrumpida de radiología intervencionista, por lo que hace a la práctica de la arteriografía cerebral, en uno de los dos hospitales señalados como de referencia, mediante la habilitación de personal especializado en el régimen de guardia que se considerara oportuno (**queja 14/2535**).

También la aparición de una nueva Guía sobre reproducción asistida en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía, trajo consigo novedades para la dispensación de la prestación, que en algún caso incorporaba anticipadamente, respecto de la modificación de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, que no se concretó formalmente hasta primeros de noviembre.

Así, diversos hospitales de la red sanitaria pública comenzaron a denegar la aplicación de las técnicas a aquellos solicitantes que se habían sometido a un procedimiento de esterilización voluntaria previo, a la vista del texto de la mencionada Guía, lo que nos llevó a recomendar, en primer lugar, que se paralizara la aplicación de dicho criterio de exclusión, así como de otros requisitos limitativos recogidos en aquella, en la medida en que no se incluyeran en la referida cartera de servicios.

Sin embargo la modificación operada de esta última con carácter previo a la respuesta de la Administración Sanitaria, y dado que nuestra Recomendación quedaba entonces sin objeto, nos llevó a matizar su contenido, instando a que no se vieran excluidos de tratamiento los aspirantes afectados que hubieran sido incluidos en lista de espera con carácter previo al 6.11.2014, y por tanto también los incorporados a aquella en el período intermedio entre la aparición de la Guía y la entrada en vigor de la norma estatal (**queja 14/1414**)



X.2.4 Urgencias y Emergencias

La demanda de atención sanitaria urgente no siempre se ve cumplimentada de manera adecuada desde la óptica del paciente y sus familiares, reproduciéndose año tras año las mismas situaciones que nos llevan a preguntarnos hasta qué punto la problemática que afecta a esta modalidad de atención sanitaria puede considerarse irresoluble.

El análisis particularizado de las circunstancias que rodean múltiples procesos asistenciales urgentes, poniendo de manifiesto las deficiencias observadas en cada caso, no nos impide advertir cómo reiteradamente se pone en tela de juicio la capacidad asistencial de los servicios, el esquema organizativo, o la dotación de medios personales y materiales, para asistir episodios de crisis en la salud que demandan intervenciones singulares.

Los aspectos que confluyen en el examen de esta realidad son tan numerosos como variados, por lo que desde hace mucho tiempo esta Institución aspiraba a afrontar el mismo con una perspectiva global, congratulándose a estos efectos de nuestra participación en el **Estudio** que con esta finalidad han desarrollado conjuntamente el Defensor del Pueblo del Estado y los distintos Defensores de ámbito autonómico, con el acento puesto en el respeto de los derechos de los pacientes, sin olvidar la influencia que en cuanto a los mismos pueden tener aspectos como las infraestructuras y demás medios materiales, los sistemas de información y medios técnicos, o los recursos humanos, confiando en que las conclusiones alcanzadas en el mismo propicien un profundo replanteamiento de esta cuestión.

Al margen de esta contribución, durante el pasado ejercicio concluimos el expediente de oficio que habíamos iniciado en relación con la saturación del servicio de urgencias del hospital sevillano de Valme (**queja 13/5699**), y tras la resolución formulada en la queja 13/938, sobre demora en la atención de urgencias de la localidad granadina de Fuente Camacho, instamos a la Dirección del Distrito Metropolitano de Granada la emisión de una nueva respuesta, que resultara explicativa del análisis de la situación al que se comprometieron en la primera, y de las medidas a que el mismo hubiera dado lugar en su caso.

En alguna ocasión (**queja 14/1496**) hemos llegado a discutir el criterio de prioridad otorgado a una demanda de atención sanitaria urgente, e incluso partiendo de la prioridad asignada, hemos discrepado del modus operandi del centro coordinador, limitado a la derivación del paciente a su centro de salud; estimando que la imposibilidad de desplazamiento que alegaba debió operar el necesario contacto con aquel, o con el dispositivo de atención a urgencias de la zona, para que se proporcionara desde el mismo la asistencia en el domicilio.

La atención sanitaria de urgencia puede ser igualmente sugestiva de mala praxis asistencial, y con esta óptica se puso en cuestión la dispensada a un joven sin hogar, que falleció en las dependencias del albergue municipal, pocas horas después de haber sido dado de alta en el servicio de urgencias de un hospital sevillano. Ya en el Informe Anual correspondiente a 2013 reseñábamos la iniciación de oficio de la **queja 13/5628** por este motivo, a la vista de los indicios que revelaba el estado físico del paciente (muy escaso peso corporal), el poco tiempo que había permanecido en el servicio y la inmediatez de la muerte, que le sobrevino al día siguiente.

En este punto dejamos constancia de la conclusión de nuestras actuaciones en dicho expediente, tras analizar el contenido del informe recibido del centro, pues a las limitaciones que habitualmente nos acompañan para analizar el ajuste de la actividad asistencial a la lex artis, se unía en este caso el conocimiento judicial del asunto. Ahora bien nos parecía que de lo sucedido se podían extraer conclusiones adecuadas para elaborar instrumentos generales que resultaran de aplicación en la atención de urgencias a las personas sin hogar, y con esta intención realizamos alegaciones al protocolo que nos fue remitido desde la Consejería de Igualdad, Salud, y Políticas Sociales, con las modificaciones incorporadas al procedimiento de atención a personas en riesgo social en las unidades de gestión clínica de cuidados críticos y urgencias, que se manifestaron en tres aspectos fundamentales.



En primer lugar, frente a un procedimiento que aparecía casi exclusivamente dirigido a salvaguardar la continuidad asistencial tras el alta, reivindicamos un contenido centrado en la asistencia sanitaria debida a estos pacientes en los servicios de urgencia hospitalarios, que tuviera en cuenta el incremento del riesgo que sus circunstancias sociales conlleva para el desarrollo de determinadas enfermedades, y diseñara un esquema de atención que permita avanzar hacia el descarte de patologías de gravedad, mediante el desarrollo en su caso de las pruebas que se hagan necesarias para completar el diagnóstico.

Por otro lado en cuanto a la definición de los criterios de riesgo social que resultan determinantes para una actuación preferente, propusimos que se realizara una mención expresa de las personas que padecen enfermedades mentales; y en último término por lo que hace a la garantía de la continuidad asistencial tras el alta, pusimos de manifiesto las dificultades en la búsqueda de recursos sociales que pudieran servir como alojamientos temporales de estos pacientes en tanto prosiguen el tratamiento o se recuperan de sus padecimientos, manifestando nuestro acuerdo con la decisión de prórroga de su estancia hospitalaria cuando se haga necesario, y sugiriendo la posibilidad de su derivación a los centros sanitarios que habitualmente acogen a pacientes crónicos o en situación terminal, siempre que se prevea que la situación va a tener una duración suficiente para validar la eficacia de esta medida.

X.2.5 Derechos de los usuarios

Los derechos que en la normativa vigente se reconocen a los usuarios de los servicios sanitarios públicos se ven a menudo comprometidos en las distintas fases del proceso asistencial, y consecuentemente son objeto de planteamiento ante esta Institución, que viene obligada a analizar las situaciones denunciadas y valorar si se ha respetado el contenido de los mismos, tal y como aparece recogido en los textos normativos que los proclaman y en aquellos que regulan su ejercicio.

Casi todos los derechos que se incluyen en los catálogos tienen reflejo en las quejas que se nos presentan, aunque la mayor o menor incidencia en cada uno de ellos varía de unos ejercicios a otros, en función de circunstancias diversas, como pueden ser las novedades normativas o las dificultades interpretativas que susciten.

Así por lo que se refiere al **derecho a la dignidad**, no faltan las denuncias sobre trato irrespetuoso o descortés hacia los usuarios por parte de los profesionales que los atienden en los distintos dispositivos asistenciales (queja 14/2234 sobre trato desconsiderado del conductor de la ambulancia que trasladó a su padre; queja 14/3853 por deshumanización y vulneración del derecho a una muerte digna; queja 14/2995 sobre falta de respeto de una celadora; o queja 14/203 por trato humillante de una matrona).

La investigación de las mismas resulta complicada en la medida en que la aludida vulneración del derecho se sustancia fundamentalmente en manifestaciones verbales que resultan imposibles de comprobar por esta Institución, aparte de que habitualmente vienen imbuidas por las apreciaciones subjetivas de las partes implicadas.

El **acceso a la historia clínica** se complica en ocasiones, a veces por la antigüedad de los documentos que se solicitan (queja 14/348 por falta de suministro de la historia clínica de su madre para investigar sospecha de niño robado; queja 14/691 por no entrega de los documentos más antiguos de su historial; **queja 14/2547** por no facilitarle copia de la historia clínica de su hijo; o la **queja 14/2850** por no darle copia del historial clínico de su padre), cuando no resulta demorado. En otras ocasiones lo que se discute es la negativa a la cancelación de datos que constan en la referida historia, sobre todo relativos a determinados diagnósticos de problemas de salud mental, que los interesados consideran que les están generando perjuicios (queja 14/3120 y queja 14/3268).



El **derecho a una segunda opinión facultativa** también se ha tratado de hacer valer a través de sendos expedientes (queja 14/1341 y queja 14/5206). En muchos casos, se intenta ejercer en relación con patologías que no se incluyen en la lista tasada para la cual aquel únicamente se contempla, lo que no impide que se pueda alcanzar el resultado perseguido mediante el ejercicio de la libre elección de especialista y hospital, que en estas circunstancias venimos sugiriendo a los interesados.

De los conflictos relacionados con la **libre elección de especialista** también nos hemos hecho eco, e incluso nos hemos pronunciado al respecto a través de dos resoluciones. La primera, la elaboramos en la [queja 13/4442](#), posicionándonos sobre el procedimiento para el ejercicio del derecho en el caso de una doble intervención de varices.

Y es que frente a la postura del hospital elegido por la interesada para que aquellas se llevaran a cabo, que remitió a la paciente a su centro de referencia una vez practicada la intervención de una pierna, por considerar concluido el proceso patológico al que aquel se refería, dejando a salvo la posibilidad de que pudiera volver a ejercerlo para la intervención que restaba; consideramos que el proceso patológico para el que se ejercía el derecho de libre elección no podía ser otro que el de varices en ambos miembros inferiores, en tanto que existía indicación quirúrgica para los dos, de manera que la elección realizada tenía que extenderse hasta la operación del otro miembro, con independencia de que para ello la paciente debiera esperar de nuevo el tiempo que se hiciera preciso en función de la demora prevista para este tipo de operaciones.

La segunda se originó en la [queja 14/368](#), para atender el requerimiento de ayuda de un ciudadano al que se le había denegado la solicitud de libre elección de psiquiatra realizada en calidad de tutor de su hermano, enfermo mental, por haberse ejercitado para una unidad de salud mental comunitaria distinta de la que le corresponde por razón del domicilio.

La desestimación de la petición se justificaba en la garantía de calidad de la asistencia, invocando a este respecto la imposibilidad que dicha opción representaba en relación con las actuaciones a desarrollar en el domicilio del paciente.

Por nuestra parte, sin embargo, pusimos de manifiesto que la normativa de desarrollo del derecho a la libre elección de especialista, a diferencia de la que hace lo propio con la libre elección de médico general y pediatra, no pone límites geográficos al ejercicio del derecho, por lo que aunque pueda resultar razonable dirigir a los usuarios hacia las unidades de referencia a la hora de llevarlo a cabo, no se puede imponer que la elección se tenga que realizar necesariamente entre los profesionales de la unidad aludida, y menos, por medio de instrumentos normativos de rango inferior o de naturaleza meramente organizativa.

En otro orden de cosas, pensamos que la problemática que se suscita por las intervenciones en el domicilio del paciente, teniendo en cuenta el carácter episódico de las mismas (inexistentes en este caso según el interesado), se puede solventar de la misma manera que en atención primaria (las actuaciones de base comunitaria las hacen desde el centro de salud de referencia por razón del domicilio), acompañándose esta medida de una buena coordinación, para la cual hay previstos mecanismos en el proceso asistencial integrado de trastorno mental grave.

Por lo demás, continuamos recibiendo quejas que inciden en el reconocimiento del propio **derecho a recibir la asistencia sanitaria del sistema público**, acompañándose a veces de la práctica de liquidaciones por los gastos que aquella conlleva, cuando el mismo no se acredita.

El debate suscitado a la entrada en vigor del Real Decreto Ley 20/2012, de 16 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, parece que se va diluyendo en algunos aspectos, aunque es posible que algunas cuestiones aún no se hayan resuelto.

En la dación de cuentas correspondiente al pasado año aludimos al posicionamiento aclaratorio de la Administración Sanitaria Andaluza, favorable a la dispensación de asistencia a las personas inmigrantes



en situación irregular, al que se acompañaban instrucciones sobre el procedimiento a seguir para cumplir este objetivo.

La **Sugerencia** que emitimos en la **queja 13/2791** relativa a la identificación de estos usuarios en los casos en no se pudieran cumplir las exigencias de la Estrategia de seguridad del paciente, mediante la participación de determinadas organizaciones no gubernamentales, ha sido plenamente aceptada. En este sentido, se nos ha comunicado la impartición de instrucciones para evitar que en estos casos se exija generalizadamente documentación identificativa adicional a la tarjeta sanitaria, sustituyéndose la misma por un documento expedido al efecto por las citadas organizaciones.

Recepcionamos igualmente algunas quejas alusivas a conflictos suscitados a la hora de acceder a las prestaciones del sistema sanitario público por ciudadanos de la Unión Europea. En algunos casos el problema surge a la hora de acreditar la inscripción en el registro central de extranjeros, dado que la misma exige la tenencia de medios económicos suficientes y la titularidad de un seguro sanitario público o privado (**queja 13/3759**, y queja 14/4940), en otro caso la facturación de la atención recibida se produce precisamente porque dicha residencia no existe, y el carácter programado de aquella impide que su dispensación resulte amparada por la tarjeta sanitaria europea (queja 14/3811).

Pero las liquidaciones de gastos no son exclusivas de los ciudadanos extranjeros. En la **queja 13/2223** se expide por un hospital para resarcirse de la asistencia proporcionada a una joven desplazada desde otra Comunidad Autónoma por razón de estudios, al no aportar la tarjeta sanitaria. Su condición de desplazada impedía la consulta de la base de datos de usuarios (BDU), al tiempo que la del sistema de información laboral de la TGSS se imposibilitaba por tener la condición de beneficiaria de su padre, no habiendo respondido al requerimiento que se le hizo para presentar el título que reconoce su derecho.

Ahora bien advertimos deficiencias en la notificación del requerimiento aludido, que se hizo por correo ordinario, y por lo tanto sin constancia de su recepción, arrojando dudas sobre la eficacia de este acto de trámite con indefensión para la afectada, sin que tampoco se aporte justificación de los intentos de notificación de la liquidación previos a la inserción del anuncio sobre la misma en el BOJA.

Por eso, en la medida que en esta Institución constatamos que la hija del interesado tenía derecho a la asistencia gratuita, solicitamos la anulación de la liquidación emitida en su día, la cual había llegado a provocar el embargo de la cantidad así adeudada, obteniendo una respuesta favorable del hospital a nuestra **Recomendación**, y el compromiso de revocar aquella conforme a lo previsto en el art. 105 de la LRJPAC, y proceder a la devolución del ingreso indebido.

Suerte distinta padeció sin embargo la **Recomendación** correspondiente a la queja 14/238 por liquidación de gastos de asistencia sanitaria a un afiliado de Isfas. El déficit en la información proporcionada a su solicitud, dado que inquirió expresamente sobre una eventual obligación de pago de la atención antes de recibirla, entendemos que vició su consentimiento a la hora de acceder a la misma.

Por ello, aunque los afiliados de mutualidades tienen que conocer sus derechos y obligaciones, y en los casos en que reciben asistencia en centros del sistema sanitario público surge la obligación de éste de reclamar el coste a aquellas, en tanto que terceros obligados al pago; pensamos que también ostentan el derecho a ser informados sobre los requisitos que determinan el acceso a dicha asistencia sanitaria del sistema público, pareciéndonos de conocimiento inexcusable de los trabajadores del mismo, la absoluta excepcionalidad con la que dicho coste se reintegra por parte de las entidades sanitarias privadas concertadas con las mutualidades aludidas, y los contados supuestos en los que dicho mecanismo procede.

En todo caso, si dicha información se desconoce por el personal de admisión de los centros sanitarios públicos, creemos que al menos deberían abstenerse de indicar a los afectados que "*allí se atiende a todo el mundo*", con carácter previo a la indicación de contactar con sus respectivas compañías, generando una apariencia de legitimidad para su actuación que, en la mayoría de los casos, no va a verse respaldada con la asunción del coste de la asistencia por aquellas.



X.2.6 Centros sanitarios

La paralización de las inversiones que la crisis económica ha traído consigo tiene uno de sus principales reflejos en el ámbito sanitario, por lo que hace a las infraestructuras planificadas, o incluso comprometidas, o sorprendidas por aquella en muy diversos momentos de su proceso de ejecución.

Durante el pasado ejercicio, nos han llegado quejas relacionadas con algunos de estos dispositivos sanitarios, aunque nos consta que hay otros muchos que habían proyectado importantes reformas, al lado de algunos de nueva edificación.

Así en la queja 13/6059 nos encontramos que una vez construido por el Ayuntamiento de Rincón de la Victoria (Málaga) el consultorio de la localidad de Torre de Benagalbón, se ha anunciado que no se va a utilizar, por considerar que los servicios de atención primaria quedan cubiertos con los otros centros de salud del municipio.

Los vecinos, sin embargo, rechazan el alegado estancamiento del crecimiento poblacional, puesto que la población llega a triplicarse en verano y reivindican la puesta en marcha del consultorio como medida de igualdad, en relación con otras localidades de similar número habitantes, que sí cuentan con equipamiento sanitario en su propio territorio.

Por nuestra parte estamos a la espera de que se nos suministren datos expresivos de la presión asistencial en la zona, así como una copia del acuerdo que el Ayuntamiento suscribió con la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, para conocer los términos del compromiso adquirido.

Algunos habitantes del barrio de La Chanca-Pescadería (Almería) apoyaron con una huelga de hambre la solicitud de inicio de las obras de rehabilitación del consultorio ubicado en la antigua Casa del Mar, pues tras la clausura del antiguo centro de salud en 2006, los vecinos tenían que desplazarse a otras dependencias, que estimaban absolutamente insuficientes e inadecuadas para el volumen de población atendido, al tiempo que para la asistencia de urgencias tenían que acudir al propio hospital Torrecárdenas.

En el informe recibido en la queja 14/3121 desde la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Bienestar Social se nos explican los problemas relacionados con la cesión del inmueble por parte del Instituto Social de la Marina, el estado de tramitación de esta iniciativa, en la que llegó a redactarse el proyecto pero no a publicarse la licitación, y la imposibilidad de seguir manteniendo el presupuesto para su ejecución a partir de 2013, aún afirmando su priorización en el momento en que exista disponibilidad presupuestaria, así como la calidad y accesibilidad de la asistencia que en la actualidad se dispensa a los vecinos de esta zona.

La construcción de un nuevo centro de salud en Nerja (Málaga) motivó la queja 14/5340 por parte del Alcalde de dicha localidad, que nos trasladó la importancia relativa de esta iniciativa para la dispensación de una atención sanitaria realmente ajustada a las necesidades de los ciudadanos, y la aspiración de consignación de una partida en los presupuestos de 2015 para acometerla de manera inmediata, a cuyo objeto incluso proponían el adelanto de los fondos por parte del Ayuntamiento, destinados a contratar la redacción del proyecto básico y de ejecución, mediante la formalización del oportuno convenio de colaboración. Este expediente aún se encuentra a la espera de recibir el informe administrativo.

La Plataforma cívica en defensa del hospital y de la salud, reivindicó la reanudación de las obras del nuevo hospital de La Línea de la Concepción (Cádiz), largamente anunciado, y trabado en su materialización por diversas circunstancias, lo que había determinado la paralización de aquellas cuando ya se encontraban en un momento muy avanzado. A la queja 14/3328 que motivó su comparecencia en esta Institución, se acumularon solicitudes similares de muchas asociaciones y colectivos de la comarca (políticos, sindicales, vecinales,...), como medida principal para solventar el déficit que entienden que afecta al actual hospital linense.



El informe que hemos recibido en este expediente, confirma las noticias que han venido apareciendo en los medios de comunicación, reflejando las declaraciones de diversos responsables de la Administración Sanitaria, favorables a la conclusión de este proyecto. En este sentido, se nos dice que se está tramitando el contrato para la redacción del modificado, y que en julio de 2014 se llevó a cabo una modificación presupuestaria de incremento de crédito para asegurar la financiación necesaria.

Desde esta Institución pensamos que la aplicación de los medios disponibles para acometer este tipo de proyectos obligan a un cuidadoso estudio de necesidades, de forma que se pueda establecer un orden lógico de prioridad que permita sacarles el mayor provecho, sin obviar otro tipo de circunstancias (equilibrios territoriales, actuación en zonas deprimidas,...) que deban ser tenidas también en cuenta.

En otro orden de cosas, asistimos por parte de un ciudadano al cuestionamiento de la estrategia de seguridad en un centro hospitalario, pues a la vista de múltiples incidentes acaecidos a su padre durante el período en que permaneció ingresado en el mismo, reclamó el seguimiento de los procedimientos establecidos en aquella para la notificación de efectos adversos, y la comunicación de las actuaciones realizadas y medidas que hubieran podido adoptarse para evitar la repetición de este tipo de sucesos.

El informe emitido por el hospital en la [queja 13/1159](#) aseguraba que se habían mantenido diversas reuniones con el interesado para comentar lo sucedido y se le habían ofrecido las respuestas oportunas a las reclamaciones formuladas, pero aún reconociendo el favorecimiento de su participación, la generalidad de la información suministrada no nos permitía asegurar que se había seguido el mecanismo preestablecido en estos casos, por lo que la falta de respuesta a la nueva petición de informe que realizamos en este sentido, nos llevó a formular a la Dirección Gerencia del centro Recordatorio de su deber de auxilio a esta Institución, y Recomendación, para que se diera al interesado respuesta formal clarificando el carácter de efectos adversos (o no) de las incidencias denunciadas, y tras explicación de la gestión efectuada de las mismas, se le comunicara si en algún caso habían dado lugar a la adopción de medidas sancionadoras o preventivas.

X.2.7 Farmacia

El sistema de aportación de los usuarios al coste de los medicamentos sigue concentrando un importante número de las quejas recibidas en el área de farmacia. Continúa evidenciándose la discrepancia con el mismo de numerosos colectivos que aspiran a la exención (personas desempleadas discapacitadas, sin recursos,...), pero cuyas circunstancias no han sido tenidas en cuenta normativamente para determinarla.

En la queja 14/1431, por ejemplo, la interesada lamenta verse obligada a sufragar el 40% del precio de los fármacos que necesita, a pesar de que se encuentra desempleada desde hace más de dos años; y en idénticos términos se pronuncia la promotora de la queja 14/3809 en cuanto a la situación de su hermana. A veces, tras venir disfrutando de dicho beneficio, los ciudadanos no entienden que puedan perderlo por haber desarrollado una prestación laboral de escasa duración (5 días en el caso del interesado en la queja 14/4620 y 15 días en la queja 14/4120).

Las dudas sobre el régimen que atañe a las personas discapacitadas se expresan en la queja 14/2307 y la queja 14/529, cuando no se invoca claramente la carencia de recursos para poder hacerse con la medicación, alcanzando incluso a personas que padecen enfermedades raras (queja 14/5271).

En otros casos la disconformidad se predica respecto del grupo de clasificación a efectos de copago (queja 14/1472), mientras que un tercer grupo simplemente se rebela respecto de la exclusión de financiación pública de determinados medicamentos (queja 14/1721 y queja 14/5392).



Las reclamaciones tendentes a modificar el grupo de clasificación o bien a conseguir la declaración de la exención, venían siguiendo un trámite confuso por culpa del doble rechazo de la competencia para su resolución que habían expresado tanto los servicios autonómicos de salud, como el INSS. En el informe correspondiente al ejercicio 2013 ya explicamos que tras iniciar un expediente de oficio con este motivo ([queja 12/5032](#)), habíamos decidido elevar este asunto a la Defensora del Pueblo del Estado, la cual al cierre de aquel se mantenía a la espera de recibir los informes solicitados en la actuación emprendida.

Pues bien, el año pasado tuvimos noticias en torno a este asunto, pues aquella nos trasladó su punto de vista, y nos dio cuenta de la resolución dirigida al Ministerio de Empleo y Seguridad Social para que las entidades gestoras de esta última asuman la competencia sobre resolución del tipo de aportación farmacéutica, y al mismo tiempo, al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para que promueva las modificaciones normativas que garanticen adecuadamente los derechos de los ciudadanos, ofreciendo seguridad jurídica a todas las partes implicadas.

La política de uso racional del medicamento también tiene reflejo en otro tipo de cuestiones, como por ejemplo la discrepancia respecto de la sustitución de marcas por genéricos, y fundamentalmente la dificultad para acceder a fármacos innovadores.

En la queja 12/4876 el interesado lamentaba la modificación operada en cuanto a la medicación que hasta la fecha se le prescribía como tratamiento de su enfermedad, sobre la base de la idéntica garantía de eficacia y seguridad que resulta predicable de los productos de factor VIII con independencia de su origen recombinante o plasmático, de lo que se derivaba una libertad absoluta en orden a su prescripción.

Con independencia de los argumentos exclusivamente técnicos a favor y en contra de uno u otro, nos encontramos con que en el caso de este paciente no se aducía motivación clínica para el cambio de tratamiento, alegándose simplemente que ya había recibido el plasmático con anterioridad, ante lo cual solicitamos que se tuvieran en cuenta sus condiciones particulares, tras quince años continuados de tratamiento recombinante, para evitar que se modificara el mismo conforme a la prescripción del servicio de hematología del hospital de Jaén, sin que tras la respuesta de la Administración Sanitaria podamos considerar que se haya aceptado nuestra **Sugerencia**.

Algunos expedientes reflejan problemas para acceder al uso compasivo de algunos medicamentos (queja 14/4346, queja 14/5656 y queja 14/5695), mientras que en otros casos aquellos surgen en el trámite del visado (en la queja 14/2235 se deniega en relación con un nuevo anticoagulante oral).

Varios ciudadanos afectados de esclerosis múltiple han comparecido ante esta Institución protestando frente a la negativa a la dispensación un medicamento (Fampyra) indicado para la mejora de la marcha, que a pesar de haberles sido recomendado por los facultativos que les vienen siguiendo, no se ha incorporado a la guía de farmacoterapia de los hospitales.

Los centros afectados sustentan esta decisión en el hecho de que aquel proporciona un beneficio discreto en relación con un incremento significativo del coste, y que su aprobación por la Agencia española de medicamentos y productos sanitarios no implica que necesariamente deba adquirirse por los hospitales, que deciden en torno a este asunto a través de sus comisiones de farmacia.

A nuestro modo de ver, se está generando un desconcierto importante a estos pacientes por la contradicción que se evidencia entre la postura de los hospitales y la de sus propios facultativos; así como por la vía alternativa que se está utilizando, a través del suministro del principio activo mediante una fórmula magistral.

Los informes recibidos hacen hincapié en la escasa relevancia clínica del medicamento, lo que no justifica que se realice un análisis comparativo por parte de la Comisión asesora de armonización de criterios de utilización de medicamentos, por el que esta Institución había preguntado.

En definitiva, aún cuando las quejas relacionadas con este asunto (queja 14/122, queja 14/2937, queja 14/2954 y queja 14/3802) aún penden de conclusión, nos parece que es posible requerir de la Administración Sanitaria que clarifique definitivamente esta cuestión, y que resuelva la contradicción entre los profesionales implicados y



las comisiones de farmacia, así como facilite el acceso de los afectados a la fórmula magistral del medicamento cuando les resulte indicado.

La eficacia no es precisamente una cuestión discutida en lo que respecta a los fármacos innovadores para el tratamiento de la **hepatitis C**. Mucho se viene hablando sobre los mismos en diversos ámbitos administrativos y profesionales, y como no podía ser de otra manera, esta Institución no ha quedado al margen de este asunto.

A través de los medios de comunicación, asistimos el pasado año al relato de los trámites seguidos en el proceso de autorización de estos fármacos, principalmente el sofosbuvir (nombre comercial Sovaldi), y la negociación llevada a cabo desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con el laboratorio fabricante, en un intento de rebajar el alto coste del producto y con vistas a su incorporación a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

Aprobada su financiación por la comisión interministerial de precios de los medicamentos, se elaboró un informe de posicionamiento terapéutico que determina los supuestos identificadores de los pacientes tributarios del tratamiento, recogiendo en resumidas cuentas los casos de enfermedad avanzada con alto riesgo de morbi-mortalidad que carecen de alternativa terapéutica (pacientes en lista de espera de trasplante hepático, trasplantados, o cirróticos), sin perjuicio de otros supuestos en los que existe dicha alternativa, pero se considera que el sofosbuvir tiene un valor terapéutico añadido por eficacia y/o seguridad.

También la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ha acordado un documento que contiene la estrategia de priorización para el uso de antivirales de acción directa para el tratamiento de la hepatitis crónica por virus C en el ámbito del SNS.

Los plazos para su dispensación sin embargo se vienen alargando, y así ya contamos con la petición de ayuda de varios afectados, instrumentada a través de las quejas correspondientes (queja 14/5380 y queja 14/5800).

La contestación de los enfermos no se ha hecho esperar, instalándose el debate en la sociedad, habiéndose encargado a un comité la elaboración de una Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C.

Por nuestra parte hemos incoado de oficio la [queja 14/5665](#) para conocer el proceso que debe conducir a la dispensación de dicho tratamiento en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, fundamentalmente por lo que hace a la disponibilidad del mismo en sus hospitales, y el comienzo de su dispensación a aquellos pacientes que lo precisen.

Y es que tal y como hemos manifestado en diversas ocasiones, en esta Institución somos conscientes de las necesidades de uso racional de los medicamentos, y más en las circunstancias actuales de crisis económica, y comprendemos las dificultades que muchas veces entraña la incorporación de novedades terapéuticas, que suelen tener un elevado coste. Pero al mismo tiempo estimamos que no puede dificultarse el acceso de los pacientes a los fármacos innovadores, con un impacto real para su salud, y mucho menos permitir un trato desigual a quienes pretenden beneficiarse de los mismos.

X.2.8 Salud Mental

La situación del derecho a la protección de la salud en relación con las personas que vienen afectadas por una enfermedad mental, constituye un punto de referencia obligado de nuestra anual rendición de cuentas, cuya justificación se incrementa en los últimos tiempos por la incidencia demostrada que la realidad de crisis económica ocasiona en la salud mental de la ciudadanía, en términos generales; y por la repercusión en este ámbito de las políticas de austeridad, en forma de pérdida de calidad de determinados servicios y programas.



Las 17 quejas registradas durante el ejercicio de 2014 reflejan una problemática que, no por habitual, resulta menos preocupante, a la vista del sufrimiento personal y familiar que esta enfermedad lleva consigo, predominando la discrepancia con la atención proporcionada a los pacientes, en términos de cantidad y calidad, y la reivindicación para los mismos del acceso a dispositivos donde puedan ser atendidos de sus dolencias.

Nuestra atención en este apartado sin embargo, se centra este año sobre la propuesta de reforma del Código Penal por lo que hace al régimen de las medidas de seguridad, y la fuerte contestación a la misma ejercida desde las asociaciones de pacientes y familiares del sector, a la que singularmente nos hemos unido desde esta Institución.

En dicho proyecto, la gravedad de las medidas a imponer, y específicamente la duración de la medida de internamiento en centro psiquiátrico, ya no se limitaba al tiempo de duración de la pena que resultaba aplicable al delito cometido sino que se vinculaba a la peligrosidad del autor, posibilitándose así la privación de libertad de manera indefinida, mediante la concatenación de prórrogas de dicha medida de internamiento, si al cumplirse el plazo límite inicial de cinco años no concurrían *"...las condiciones adecuadas para acordar la suspensión de la medida y, por el contrario, el internamiento continúa siendo necesario para evitar que el sujeto que sufre la anomalía o alteración psíquica cometa nuevos delitos a causa del mismo..."*

Este intento de trasladar a la norma prejuicios fuertemente arraigados que abundan en la estigmatización de estos pacientes, presuponiendo su peligrosidad sin ningún tipo de justificación, motivó la comparencia en esta Institución de las asociaciones más arriba mencionadas, y nuestra **declaración formal** de solidaridad con las mismas y apoyo al empeño común de conseguir que los cambios legislativos que pudieran introducirse en el Código Penal redundasen finalmente en una mejora de la situación de todas las personas con enfermedad mental y en ningún caso, supusieran un retroceso en el largo proceso de normalización e integración social de este colectivo.

Una vez aprobado recientemente el texto en el Congreso de los Diputados, tenemos que congratularnos de que la tramitación en dicho órgano haya provocado la desaparición de las referencias normativas aludidas, pendiendo a continuación la aprobación en el Senado.

La cuestión no es baladí, dado que las prácticas estigmatizadoras de este colectivo persisten, y buena prueba de ello la constituye la queja 13/1552, iniciada por Feafes para denunciar la imagen que el "espectáculo" denominado *"Manicomio: circo de los horrores"*, que estaba representándose en algunas ciudades de nuestra Comunidad Autónoma, venía ofreciendo de las personas afectadas por enfermedades mentales, en tanto que individuos peligrosos, violentos, temidos, impredecibles, objeto de burlas y vejaciones.

Las solicitudes para acordar la suspensión de esta actividad propiciaron un debate de carácter competencial entre las Administraciones local y la autonómica, teniendo como referencia la Ley 13/99, de 15 de diciembre, de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas de Andalucía (art. 3.1 «e): las autoridades administrativas competentes podrán prohibir y, en su caso de estar celebrándose, suspender los espectáculos públicos y actividades recreativas cuando con su celebración se atente a los derechos de las personas reconocidos en el Título I de la Constitución»).

Así, algunos ayuntamientos afectados estimaban que la relevancia constitucional de los derechos a proteger desaconsejaba una actuación aislada de la Administración municipal, al tiempo que manifestaba la segunda que la competencia para adoptar la medida correspondía a los Ayuntamientos, en tanto en cuanto son los que autorizan la actividad, aunque entendiendo también que por el conflicto de derechos en juego, aquella no solo requeriría gran cautela, sino que lo procedente sería recabar para ello la tutela judicial oportuna.

Por nuestra parte, en la tramitación de la queja solicitamos informe de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.



Desde la Secretaría General de Políticas Sociales se vinieron a compartir las apreciaciones de la interesada en cuanto al tratamiento discriminatorio que se daba a las personas con enfermedad mental en la publicidad del espectáculo denominado "*Circo de los Horrores*", pero también se afirmó que la Ley 1/99, de 31 de marzo, sobre atención a las personas con discapacidad en Andalucía, no les permitía iniciar procedimiento sancionador en este tipo de situaciones, por lo que abundando en la necesidad de aclarar las actuaciones administrativas necesarias para atajarlas, aludían a la inclusión de un precepto específico que prevenga contra la publicidad y los espectáculos lesivos para la dignidad de las personas, en el texto de la nueva ley que sobre esta materia se está elaborando, a efectos de adaptar la regulación existente a la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad.

Por otro lado, advertían de que en todo caso, a la vista del itinerario de representación del espectáculo por el territorio de otras Comunidades Autónomas, la competencia sancionadora se residenciaría en el ámbito de la Administración del Estado, de acuerdo con lo previsto en el art. 94 del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, que aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

Teniendo en cuenta lo expuesto, nos dirigimos a la Defensora del Pueblo del Estado en aras de la cooperación y coordinación de funciones establecidas entre ambas Instituciones, a los efectos de que tomara conocimiento de este asunto e iniciara la investigación correspondiente, si lo estimaba oportuno.

El trabajo de la Comisión Técnica de seguimiento de la Guía de intervención en procesos de jurisdicción civil relativos a personas con discapacidad derivadas de distintos tipos de problemas psíquicos, también es un aspecto muy destacable de la labor ordinaria de esta Institución, pues desde hace algunos años viene desarrollando sus funciones en esta Oficina, con la vista puesta en la resolución de casos paradigmáticos de difícil solución, y la adecuación de los recursos atendiendo a los perfiles.

Pues bien durante el pasado ejercicio se llevó a cabo una actualización de dicha guía, en forma de Propuesta de coordinación en los procesos de incapacitación relativos a personas con discapacidades psíquicas, la cual fue objeto de presentación en sendas Jornadas que tuvieron lugar en Jaén y Sevilla.

Con fundamento en la experiencia así atesorada, por parte de este grupo de trabajo se ha invocado la necesidad de incrementar los niveles de coordinación, principalmente entre los Servicios Sociales Comunitarios, los servicios sanitarios de Atención Primaria y de Salud Mental, y los Servicios de Atención a las Drogodependencias, así como la de mejorar el conocimiento de las distintas redes y la formación del conjunto del personal para la intervención coordinada sobre los casos complejos, que ayude a la consolidación de un modelo comunitario orientado a la recuperación de las personas y no a su aislamiento institucional.

Al mismo tiempo, se pone el acento en la necesidad de reforzar la dotación y funcionamiento de los recursos existentes, garantizando una distribución territorial equitativa, y de crear estructuras residenciales más específicas para personas con Trastornos Mentales Graves, asociados con factores de complejidad, como son el deterioro cognitivo y la desorganización conductual, la presencia de conductas disruptivas graves y el consumo de sustancias.

En este orden de cosas, tenemos que hacer mención a la creación de un protocolo general de colaboración entre la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, la Consejería de Justicia e Interior, la Federación Andaluza de Municipios y Provincias, el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, el Defensor del Pueblo Andaluz y el Comité de Entidades representantes de Personas con Discapacidad, para la mejora de la coordinación y atención a las personas con discapacidad en situaciones de dificultad y apoyo de las mismas en los procesos de incapacitación, que se dirige a generalizar la experiencia de la Comisión aludida al resto de las provincias, y a crear una comisión regional que vele por el buen funcionamiento de estos grupos de trabajo.



01.X.3

Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones

Por lo que se refiere a actuaciones de oficio, a continuación se relacionan las que han sido iniciadas a lo largo del año:

- **Queja 14/1414**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, relativa a las modificaciones introducidas por la nueva Guía de Reproducción Humana Asistida en el SSPA.
- Queja 14/1944, dirigida a la Dirección General de Personas con Discapacidad, de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, sobre problema surgido con la asignación de tutela.
- **Queja 14/2535**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, sobre imposibilidad de llevar a cabo una técnica fundamental para el tratamiento del ictus durante los fines de semana.
- **Queja 14/3235**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, relativa a los tiempos de respuesta asistencial en intervenciones quirúrgicas no sometidas a garantía de plazo.
- **Queja 14/4653**, dirigida a la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, relativa a las medidas de prevención contra el ébola en la Comunidad Autónoma Andaluza.
- **Queja 14/5475**, dirigida al Distrito Sanitario Metropolitano de Granada, relativa a la ausencia de pediatras en el consultorio de Ventorros de San José (municipio de Loja).
- **Queja 14/5665**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, sobre tratamientos innovadores para la hepatitis C.

Con respecto a la colaboración de las Administraciones con esta Institución la misma ha sido aceptable. No obstante, a continuación se destacan las resoluciones dictadas por el Defensor que no han obtenido la respuesta colaboradora de las Administraciones Públicas a tenor del artículo 29.1 de la Ley 9/1983, del Defensor del Pueblo Andaluz:

- Resolución relativa a liquidación asistencia sanitaria de parto y estancia hospitalaria de la recién nacida dirigida a la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en el curso de la queja 12/3838.
- Resolución relativa a cambio de medicación injustificada a paciente con hemofilia dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultado en Salud en el curso de la **queja 12/4876**.
- Resolución relativa a la denegación de uso especial de pirfenidona a paciente con trombosis pulmonar idiopática dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultado en Salud en el curso de la **queja 13/4716**.
- Resolución relativa a la liquidación por atención en urgencias a afiliado de Isfas tras mala información al respecto dirigida al Hospital de Puerto Real en el curso de la **queja 14/238**.



19.2 CAPÍTULO 03. QUEJAS NO ADMITIDAS Y SUS CAUSAS

03.1 De las quejas remitidas a otras instituciones similares

03.1.9 Salud

La única queja que en materia de **Salud** se ha remitido a la Defensoría del Pueblo Estatal, por ser ésta la Institución competente para abordar el análisis de las cuestiones planteadas, es la **queja 14/2766** en la que la persona promotora de la queja discrepaba de la resolución emitida por la Dirección Provincial del INSS en Cádiz, según la cual se declaraba extinguido su derecho a la asistencia sanitaria del sistema público, en tanto que habían comprobado que sus ingresos anuales superaban el montante de 100.000 euros, atendiendo a las prescripciones del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, y el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto.

En este punto le informamos que las quejas referentes a la Administración de la Seguridad Social, no son competencia de esta Institución del Defensor del Pueblo Andaluz, conforme a los arts. 1.1 y 10.1 de la Ley 1 de diciembre de 1983, por la que se rige, y que por tanto remitíamos su queja al Defensor del Pueblo Estatal.

03.2 De las quejas rechazadas y sus causas

03.2.3 No irregularidad

...

De entre las 50 quejas que no se han admitido a trámite en 2014 en materia de **Salud** por esta causa podemos destacar aquéllas en las que las personas interesadas en la queja manifestaban su desacuerdo con el pago de determinados medicamentos como es el caso de la **queja 14/1431, queja 14/1721, queja 14/3809, queja 14/4120 y queja 14/4620.**

Merece también citar aquellas quejas en las que las personas promotoras manifestaban su discrepancia con el alta médica recibida como son la **queja 14/2610, queja 14/3820, queja 14/4302, queja 14/4869, queja 14/5254, queja 14/5491 y queja 14/5515.**

...



03.2.4

Jurídico-privadas

...

En materia de **Salud** han sido 4 las quejas no admitidas a trámite por tratarse de un asunto entre particulares como puede ser el caso de la **queja 14/1365, queja 14/3819 y queja 14/5746** en las que las personas promotoras de la queja exponían los problemas que habían tenido con la asistencia sanitaria recibida en centros privados.

...

03.2.5

Sin competencia

...

En materia de Salud, han sido 5 las quejas que no se han admitido a trámite por no tener competencia sobre el asunto objeto de la queja. De entre ellas se destacan la queja 14/3087, queja 14/5194 y queja 14/5377 en las que las personas que presentaban las mismas, beneficiarios de MUFACE, denunciaban los problemas surgidos con sus respectivas compañías médicas.

...

03.2.6

Sub-ludice

...

Son 3 las quejas han tenido esta causa de inadmisión, en materia de **Salud**. De ellas destacamos la **queja 14/5008** en la que la persona reclamante nos daba cuenta de su insatisfacción en relación con la atención sanitaria proporcionada a su esposa, tras requerir atención de urgencias al centro de salud de su localidad, y fallecer en el traslado que se realizó por medio de ambulancia convencional al hospital de Baza. Dado que el problema había sido planteado ante un órgano jurisdiccional, nos vimos obligados a dar por concluidas nuestras actuaciones.

...

03.2.8

Sin recurrir previamente a la Administración

...

Dentro de las 6 quejas que en la materia de **Salud** no se han admitido a trámite por esta causa podemos citar la **queja 14/3821**, en la que la persona interesada nos participaba los efectos perjudiciales que se le habían derivado por la toma de determinados medicamentos, y aducía que los mismos se debían a una actuación negligente de la persona que se los prescribió, por no haber determinado su suspensión en cuanto aquellos comenzaron a evidenciarse. Del contenido de sus escritos y la documentación que acompañaba no se deducía que se hubiera dirigido previamente al órgano administrativo competente para exponer su problema. Por consiguiente, le sugerimos que se dirigiera a éstos presentando la correspondiente reclamación.

...



03.2.10

Transcurso de más de un año

...

Son 2 las quejas han tenido esta causa de inadmisión, en materia de **Salud**. De ellas destacamos la **queja 14/12506** en la que la persona promotora de la queja nos mostraba su discrepancia respecto de la actuación sanitaria llevada a cabo, principalmente en el hospital San Juan de Dios de Bormujos, a la que achacaba la deficiencia visual que actualmente le afectaba.

En concreto consideraba que la pérdida de visión que presentaba, que no había sido resuelta con las diversas prácticas de cirugía a las que se había sometido, derivaban de las sesiones de láser que le habían dispensado, y de la falta de información que en su momento padeció, respecto de las consecuencias de dicho tratamiento, teniendo en cuenta sus circunstancias.

Analizada la documentación obrante en el expediente comprobamos que había transcurrido más de un año desde los hechos, que es límite temporal que nos marca nuestra Ley reguladora, por lo que no procedía la admisión a trámite de esta queja.

...

03.2.11

Desistimiento

...

Dentro de las 46 quejas de **Salud** que no se han admitido a trámite por desistir de su pretensión la persona interesada destacamos aquéllas en las que estas personas denunciaban el largo tiempo para realizarles una intervención quirúrgica o darles una cita médica, como es el caso de la **queja 14/97, queja 14/236, queja 14/427 y queja 14/595**.

...



19.3 SALUD EN OTRAS ÁREAS TEMÁTICAS

Balance del Defensor

1. El Defensor del Pueblo Andaluz ante la crisis económica

...

En el ámbito de la salud, es significativo el dato del 20,6% de hogares que tiene problemas en Andalucía para afrontar el pago de sus medicamentos y para asegurarse una alimentación suficiente y equilibrada en términos nutricionales. Situación que se agrava en el 9% de hogares que integran a una persona con problemas de salud mental o depresión.

...

CAPÍTULO 01.III DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES

01.III.2.2.3 Actuaciones en materia de Sanidad

La cuantía del gasto farmacéutico que recae en muchos casos sobre las personas con discapacidad supone un problema que se nos ha venido planteando desde hace bastante tiempo, sobre todo con relación a las personas discapacitadas menores de edad, puesto que antes de los 18 años no podían acceder al percibo de una prestación no contributiva, la cual lleva aparejada el régimen de farmacia gratuita. Sin embargo, las personas que no son beneficiarias de esta pensión, solamente podían beneficiarse de la gratuidad de los medicamentos, si les había sido reconocido el derecho a la asistencia del sistema sanitario público como prestación de la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI).

En la actualidad, y tras la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se ha vuelto a plantear esta cuestión, teniendo en cuenta además que se ha suprimido la tradicional exención de aportación de la que disfrutaban las personas preceptoras de pensiones, por lo que muchas de ellas, que al mismo tiempo tienen el reconocimiento de discapacidad, pretenden quedar incluidas en la exención relativa a las «personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica», prevista en el apartado trece del art. 4, que introduce un nuevo artículo 94 bis en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Pues bien, ahora la disposición adicional 6ª del R.D. 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de persona asegurada y de beneficiaria, a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos y a través del Sistema Nacional de Salud, vuelve a remitirnos para la asistencia sanitaria



de las personas con discapacidad a la regulación contenida en la LISMI y en el R.D. 383/1984, de 1 de febrero, que desarrolla su régimen de prestaciones.

Sin embargo la previsión del art. 13.1 de la citada Ley por la que las personas beneficiarias del sistema especial de prestaciones asistenciales y económicas previsto en la misma estaban exentas de abono de aportación por el consumo de especialidades farmacéuticas, quedaba supeditada al cumplimiento del requisito establecido en el art. 5 b) del R.D. 383/84, de 1 de febrero: «no tener derecho por cualquier título obligatorio o como mejora voluntaria, sea como titulares o como beneficiarias a las prestaciones de asistencia sanitaria, incluida la farmacéutica, del régimen general o regímenes especiales de la Seguridad Social».

Puesto que nos parece que la vía de exención que venimos considerando aparece cerrada para nuevos usuarios y usuarias, decidimos plantear este asunto a la Defensora del Pueblo de las Cortes Generales, que compartiendo nuestro planteamiento, acordó dar traslado de la situación descrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En este sentido, recientemente desde dicha Institución se han puesto en contacto con nosotros para indicarnos que la respuesta del Ministerio limita el beneficio a las personas discapacitadas con derecho a la asistencia sanitaria vía LISMI, por lo que las que no reúnen las condiciones previstas en esta normativa específica, se ven obligadas a abonar la prestación farmacéutica conforme a las normas generales, y por tanto, atendiendo a su nivel de renta.

No obstante, considerándose por dicha Institución que las personas con discapacidad conforman un grupo vulnerable que requiere acciones que promuevan la igualdad de oportunidades, en cuyo marco adquiere especial importancia la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, cultural y social; y trayendo a colación el art. 49 de la Constitución, y el art. 25 a) de la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad, ha decidido dirigir al Ministerio competente una Recomendación para que promueva la reforma legal adecuada que permita a las personas con discapacidad en grado igual o superior al 33% y con independencia del momento en el que la adquirieron la exención de aportación en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Esta cuestión fue igualmente una de las Conclusiones de las XXVIII Jornadas de Defensores del Pueblo celebradas en Canarias en Octubre de 2013.

01.III.2.2.7 Servicios sociales y discapacidad

La situación perentoria que se nos trasladó, motivó que desde esta Institución nos pusiéramos en contacto con el Servicio de Gestión de Emergencias del teléfono 112, al que facilitamos los datos de identidad y de contacto telefónico oportunos, a efectos de que se pusieran en marcha los recursos de emergencia social correspondientes.

El asunto terminó satisfactoriamente desde la perspectiva de la dependencia, al ser aprobada plaza residencial para madre e hijo de forma diligente. No obstante, la limitada capacidad de intervención de los recursos de emergencia social activados, para dar no ya una respuesta puntual, sino una solución que eliminase el riesgo, nos generó dudas, que hemos canalizado en la [queja 14/5715](#), tramitada en la actualidad de oficio.

En dicha actuación, interesamos conocer los mecanismos de intervención y los recursos existentes para dar una respuesta adecuada a las situaciones de emergencia social, distintas de las sanitarias y de las de incendio y salvamento; y, en consecuencia, pedimos conocer los instrumentos de coordinación que para ello se establecen a través del Servicio 112. Todo ello, pensando esencialmente en la situación de personas



enfermas y ancianas que residan solas o se encuentran abandonadas, o de personas sin hogar, en los casos en que precisan ayuda urgente.

También hemos solicitado información sobre cuáles son los organismos y entidades con competencia en materia social, cuya intervención se insta y coordina desde el 112 y a través de qué recursos y medios, y finalmente, la titulación, formación y especialización en este ámbito que se exige al personal que presta servicio en el Sistema de Gestión, concretamente para las emergencias sociales.

Esta actuación viene a abundar en aspectos relacionados con otra investigación que ha llevado a cabo esta Defensoría, iniciada en el año 2013, en materia de coordinación entre los servicios sanitarios de emergencia y los servicios sociales, a raíz del fallecimiento de un joven en el Centro de Acogida Municipal del Ayuntamiento de Sevilla, al que se le desplazó tras haber sido dado de alta en el Servicio de Urgencias de un Hospital Sevillano.

CAPÍTULO 01.IV EDUCACIÓN

01.IV.2.1 Introducción (Enseñanza universitaria)

...

Acceso y traslados de expediente en supuestos de enfermedad: Esta Institución ha iniciado de oficio la [queja 14/2761](#), con objeto de buscar solución a la situación en que se encuentran algunas personas que, por sufrir una enfermedad o enfrentarse a una intervención quirúrgica de importancia, no pueden iniciar o continuar sus estudios universitarios. El problema surge tanto por la exclusión de este supuesto en el procedimiento fijado por la Comisión de Distrito Único Universitario de Andalucía para el acceso a los estudios universitarios de Grado, como por la negativa de algunas Universidades andaluzas a admitir la solicitud de traslado de expediente desde otra Universidad española por esta causa.

...

CAPÍTULO 01.V EMPLEO PÚBLICO, TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

01.V.2.2.2 Demora en la reanudación de los procesos de evaluación y acreditación del desarrollo profesional del personal estatuario vinculado al Servicio Andaluz de Salud (SAS)

En la queja 13/3659, promovida por un colectivo de profesionales del Servicio Andaluz de Salud (SAS), nos exponían su discrepancia con la prolongación de la suspensión de la carrera profesional que como consecuencia de una sentencia del Tribunal Supremo traía causa, resolución judicial que anulaba preceptos sustanciales de la normativa reguladora en la materia, y en concreto del Acuerdo de Consejo de Gobierno de 18 de julio de 2006, que en su Anexo V regula el modelo de carrera profesional del personal estatuario al servicio del SAS.



Por los interesados se describe la situación de paralización en su carrera profesional expresando:

“El bloqueo consiste en unos casos en impedir el acceso a determinado personal, ya sea interino o fijo de determinadas categorías. O bien en otros casos, se permite el inicio y tras el proceso de acreditación profesional previo y obtener la certificación de calidad, (...) no obteniendo el merecido reconocimiento, con grave frustración y desencanto del colectivo de profesionales sanitarios.”.

Por su parte, la Administración Sanitaria, a través de la Dirección General de Profesionales del SAS informaba que los procesos de carrera profesional en el SAS eran objeto de reordenación, atendiendo a la sentencia del Tribunal Supremo de 12 de marzo de 2012, que anulaba determinados preceptos del citado acuerdo, circunstancia que obligaba a dejar de resolver temporalmente dichas acreditaciones. En concreto, anula el punto 7.1 relativo a la composición de las Comisiones de Valoración de carrera profesional de Centro, estableciendo que dichas comisiones deben contar con la presencia de evaluadores externos designados por las Agencias de Calidad o Sociedades Científicas de su ámbito de competencia.

A este respecto, el citado Acuerdo de Consejo de Gobierno regulador de la carrera profesional del personal del SAS, fue objeto de impugnación ante el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, que en una primera instancia dictó Sentencia de 22 de diciembre de 2008, anulando seis puntos del mismo, sentencia que en una segunda instancia de casación, fue ratificada por Sentencia del Tribunal Supremo de 12 de marzo de 2012, que en relación al epígrafe Séptimo (7.1) del Anexo V esgrimía la vulneración del art. 42.2 Ley 16/2003, de 28 de mayo y el art. 38 d) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, por no incorporar la participación de evaluadores externos en las Comisiones de Valoración de Centro. En suma, se declaraba la nulidad de determinados preceptos del Acuerdo de 18 de julio de 2006, del Consejo de Gobierno, por el que se establecía el modelo de Carrera Profesional del SAS.

Aunque el fallo en ambas instancias afecta a diversos puntos o epígrafes del Anexo V del Acuerdo regulador de la carrera profesional, en el caso planteado se circunscribía al punto relativo a la composición de dichas Comisiones de Valoración, circunstancia que obliga a una nueva redacción de dicho precepto, como del resto afectado por la misma sentencia.

Por otro lado, la propia información administrativa daba a entender cuáles pueden ser las razones de la dilación para la nueva regulación del modelo de carrera, cuando afirmaba que aparte de los necesarios cambios normativos *“es necesario que las Resoluciones de los Procesos de Certificación pendientes cuenten con respaldo de dotación presupuestaria, y actualmente se encuentra limitada (...) por el Real Decreto-Ley 20/2011, de 30 de diciembre (...)”*.

Ante la circunstancia de que la sentencia del Tribunal Supremo dejaba de facto sin cobertura legal aspectos sustanciales de la carrera administrativa, la Administración Sanitaria, y en concreto el SAS, procedió a la paralización de los procesos de acreditación-certificación, sin que por dicha Administración, ya la Consejería de Salud y Bienestar Social (hoy Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales) o el propio Servicio Andaluz de Salud, se dictara una resolución formal que así lo dispusiera, resolución que a la par que dar conocimiento al personal afectado y al resto del personal al servicio del SAS hubiera supuesto una mayor seguridad jurídica sobre el marco jurídico resultante tras la citada sentencia.

Desde nuestra perspectiva, esta dilatada inactividad normativa por parte del Ejecutivo andaluz suponía un claro incumplimiento de la obligada ejecución del fallo jurisdiccional recaído sobre dicho modelo de carrera, en perjuicio de los legítimos derechos del personal estatutario afectado, y en concreto al normal desarrollo de su carrera profesional.

Por todo lo anterior, formulamos al Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud y a la Dirección General de Profesionales del SAS **Recomendación y Sugerencia** en orden a la nueva regulación del modelo de Carrera Profesional del personal al servicio del SAS, ateniéndose al fallo de la Sentencia dictada por el Tribunal Supremo de fecha 12 de marzo de 2012, facilitando así la reanudación de los procesos de evaluación y acreditación tendentes al reconocimiento del desarrollo profesional del personal estatutario vinculado al Servicio Andaluz de Salud, así como a la elaboración de la propuesta



de negociación sobre el modelo de Carrera Profesional a someter a la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad, abordando las modificaciones de los preceptos afectados por el fallo de la misma sobre el modelo de Carrera Profesional acordado por dicho órgano (Anexo V del Acuerdo de 16 de mayo de 2006, ratificado por Acuerdo de Consejo de Gobierno de 18 de julio de 2006).

Posteriormente, la Dirección General de Profesionales nos comunicaba que en la sesión de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad de 21 de febrero de 2014 se acordó la constitución de una Mesa Técnica al efecto, dependiente de la Mesa Sectorial, materializándose con el dictado de la Resolución de 29 de abril de 2014, por la que se acuerda el inicio del procedimiento para la adaptación de la regulación de la carrera profesional del SAS al citado fallo judicial.

Otro supuesto relacionado con la carrera profesional lo encontramos en la queja 12/7034, en la que se planteaba la paralización de la modalidad de provisión consistente en la promoción interna temporal (PIT) del personal estatutario al servicio de los centros e instituciones sanitarias dependientes del Servicio Andaluz de Salud, vía que ha permitido acceder, en los últimos años, a puestos básicos correspondientes a las categorías de médico de familia y facultativo especialista con carácter eventual, promoción que no se ofertaba últimamente por el SAS.

Por su parte, la Dirección General del Profesionales del SAS, sin negar dicho extremo, esgrimía que ello era debido a las drásticas limitaciones presupuestarias dispuestas por el Gobierno de la Nación a partir de la publicación del Real Decreto-Ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público, sin perjuicio de la existencia a dicha fecha (mediados de 2013) de 1.294 nombramientos por promoción interna temporal, afirmaba:

“Estas fuertes restricciones económicas, han obligado a desarrollar exigentes mecanismos de control del gasto entre los que se encuentra la formalización de nombramientos de carácter eventual con una duración máxima de un mes y con un porcentaje de la jornada del 75%, nombramientos que han afectado de forma negativa a la promoción interna temporal de nuestros profesionales, dado que la misma se ha de dar sobre ofertas de nombramientos de sustitución o interinidades vacantes.

Esta Dirección General de Profesionales, en el marco de lo que resta de legislatura, y conforme se vaya recuperando un contexto económico en el que no imperen tan fuertes restricciones económicas, ha adquirido el compromiso de promover la normalización de los distintos tipos de nombramientos que tradicionalmente ha venido realizando el SAS, garantizando así la promoción interna temporal.”

La promoción interna temporal del personal estatutario, consistente en el desempeño temporal y voluntario por el personal estatutario fijo de funciones correspondientes a una categoría, y en su caso, especialidad, del mismo o superior nivel de titulación, viene recogida en la regulación estatutaria de este colectivo profesional (artículo 35 del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud -Ley 55/2003- y en los artículos 37 a 40 del Texto Refundido y Actualizaciones del Pacto de la Mesa Sectorial de Sanidad de 18 de mayo de 2010, sobre sistema de selección de personal estatutario temporal para puestos básicos en el SAS, aprobado por Resolución de 21 de junio de 2010).

Conforme a lo establecido en dicho pacto, tras su última modificación por Resolución de 21 de noviembre de 2013 (BOJA del 28), esta modalidad de provisión temporal se establece en su apartado VI el siguiente sistema de reserva:

«En las vinculaciones temporales de larga duración se reservará hasta un 33% de las mismas para cubrir por el sistema de promoción interna. Las vinculaciones temporales de corta duración por sustitución de maternidad y de vacaciones por período igual o superior a un mes de duración, así como los nombramientos de carácter eventual de duración igual o superior a un mes que se hayan de realizar para cubrir durante el período de tiempo comprendido entre el 1 de junio y el 30 de septiembre y entre el 1 de diciembre y el 15 de enero de cada año las necesidades derivadas de la disminución de profesionales disponibles a causa de las vacaciones anuales reglamentarias o días de libre disposición, en su caso, se ofertarán al 50% para su cobertura mediante profesionales provenientes del turno libre y del turno de promoción interna.



Para las vinculaciones temporales de corta duración, con duración igual o superior a un mes, por causa distinta de las citadas en el párrafo anterior, la comisión central de control y seguimiento del Pacto establecerá de forma periódica, conforme a los criterios fijados, el porcentaje que se ofertará al turno de promoción interna temporal.»

Así pues, de la regulación comprometida en el pacto cabe deducir un concreto porcentaje de reserva a favor de vinculaciones temporales de larga duración y otra reserva para las vinculaciones de corta duración, cuyo porcentaje se difiere al que señale la Comisión central de control y seguimiento del Pacto, para ser proveídas mediante PIT.

En la medida que los compromisos que la Administración sanitaria eran objeto de incumplimiento por parte del SAS, es decir, el incumplimiento de la obligación de ofertar un determinado cupo de las vinculaciones temporales a la PIT, tanto en relación al cupo establecido en el Pacto de 2010 como en relación al nuevo cupo establecido tras la reforma del Pacto en noviembre de 2013, tal y como se venía denunciando por las instancias sindicales en el seno de la Comisión Central de Control y Seguimiento del Pacto, ello supone una merma en el derecho a la carrera profesional del personal estatutario que presta sus servicios en la red asistencial dependiente del SAS.

Por lo anteriormente expuesto, formulamos **Recomendación** a la Dirección General de Profesionales del SAS el dictado de las instrucciones pertinentes a los distintos Centros gestores de las Bolsas del SAS, en orden a que en las vinculaciones temporales se respete la continuidad como los cupos de reserva establecidos a favor de la promoción interna temporal (PIT).

Por el citado centro directivo se contestó en el sentido de aceptar lo recomendado, toda vez que la última modificación de la regulación de la Bolsa Única del SAS, mediante Resolución de 21 de noviembre de 2013, como por la práctica administrativa de los nombramientos, estos se ofertan con respeto a los porcentajes de reserva establecidos para dicha promoción.

01.V.2.3.1

Cobertura de vacantes a través de sucesivos nombramientos eventuales. Especial referencia a la prolongación de la jornada laboral (solape)

Entre las múltiples expresiones que tiene las distintas medidas de recorte en el gasto público, destacamos aquí aquellas que derivan en la progresiva presencia de la temporalidad en el empleo público, consecuencia a su vez, de las restringidas tasas de reposición sobre las plazas vacantes que se producen en las plantillas públicas.

Así, en la queja 14/2679, instada por el Presidente del Sindicato Médico de Sevilla, se nos exponía el problema que afecta al colectivo de facultativos contratados por el Servicio Andaluz de Salud, durante los ejercicios 2012, 2013 y 2014, en condiciones –a juicio de dicha representación- de clara precariedad laboral. Al respecto, manifestaba:

“La masiva contratación de personal con nombramiento eventual a tiempo parcial del 75% y de corta duración, sin sometimiento a la legalidad vigente, así como ante el permanente caso omiso que realiza de las demandas de este Sindicato sobre el estudio de las necesidades reales de plantilla, ante el abuso de la contratación de forma permanente de facultativos en condiciones de precariedad laboral.

A raíz del contexto económico en que nos encontramos, tanto desde el Gobierno de la Nación como desde la Comunidad Autónoma de Andalucía se han elaborado y publicado una serie de normas con una importante repercusión en las condiciones laborales del personal de las Administraciones públicas en general, y más acusadamente en el Personal Facultativo del Servicio Andaluz de Salud (...).



El SAS ha procedido a una reducción del 25% en jornada y retribuciones de todo su personal eventual, suponiendo con ello además un importante agravio con el resto de empleados públicos.

En este marco, los nombramientos eventuales al 75% y de corta duración se están convirtiendo en el único tipo de nombramiento temporal que realiza actualmente el SAS, siendo inexistentes nuevos nombramientos de interinos, tanto vacantes como sustitutos, estando, además, esta reducción del 25% a todo el colectivo eventual carente de respaldo normativo, lo que está suponiendo, junto a la falta de Oposiciones, que la precariedad laboral está aumentando alarmantemente en el SAS.

En la actualidad (...), la eventualidad en el SAS afecta a un tercio de la plantilla de Facultativos, siendo la edad media de estos próxima a los 40 años y el tiempo medio de servicios prestados en el SAS de cerca de 10 años. Además, están sufriendo, como consecuencia de los distintos recortes salariales, una pérdida del 40% en su poder adquisitivo.

Como bien dice el propio SAS, el nombramiento a Tiempo Parcial es legal, está contemplado en la normativa vigente, y su finalidad es la del ajuste entre las necesidades del servicio, los momentos de alta demanda en momentos concretos del día, o las sustituciones de reducciones parciales de jornada y, en definitiva, para satisfacer necesidades asistenciales específicas. Por tanto, la generalización de este tipo de nombramientos, en nuestra opinión, no deja de ser un fraude de ley, una rebaja encubierta de salarios y un ataque frontal a la profesión médica y, por tanto, al corazón del propio Sistema Sanitario público andaluz.

A mayor abundamiento, al personal con contrato eventual parcial al 75% con dedicación exclusiva total a la sanidad pública, el SAS se niega a abonarle tanto el Complemento de Exclusividad al 100%, como el permitirle compatibilizar el restante 25% de la jornada libre en la sanidad privada.

Por otro lado, la ampliación de la jornada ordinaria antes referida en los Hospitales, la está aplicando sistemáticamente en detrimento de la Actividad Extraordinaria (Continuidad Asistencial), y/o Jornada Complementaria ("guardias médicas"). Esto supone que estas 105 horas anuales de más no se están utilizando para aumentar la actividad asistencial, sino para detraer del salario anual de los Facultativos unas cantidades en concepto de Continuidad Asistencial y/o "guardias". De hecho, ante las reclamaciones judiciales que un gran número de facultativos han realizado contra el SAS por la disminución de estas Continuidades Asistenciales (...), el propio SAS ha argumentado que no son necesarias, puesto que se ha aumentado la jornada ordinaria, quedando suplidas. Siendo en verdad así, queda, por tanto, sin justificación la reducción de jornada y retribuciones al personal eventual.

En el ámbito de la Atención Primaria, el recorte en el personal eventual supone que éstos no acudan al centro un día a la semana, siendo la actividad de ese día repartida entre el resto del equipo, sobrecargándolo y saturando aún más ese día las consultas. Y por otro lado, la ampliación de la jornada ordinaria se está empleando para detraer de la "Guardia" del sábado 7 horas que son transformadas en jornada ordinaria y, por tanto, abonar sólo 17 horas en concepto de jornada complementaria, mientras la actividad es de 24 horas.

Esto último supone que el número total de horas efectivamente trabajadas (tanto en actividad no urgente como urgente) por los Facultativos a tiempo completo, permanezca invariada, mientras que en el personal eventual, la actividad no urgente se ha reducido un 25%, así la actividad asistencial no urgente global es menor.

Por el contrario, son muchos los Facultativos que en sus Servicios se ven obligados a prolongar la jornada en horario de jornada ordinaria, pero abonada como jornada complementaria. Esto es especialmente tangible en los Servicios de Urgencias, en donde los Facultativos realizan de promedio una jornada anual efectiva de más de 2.000 horas anuales, ya sea con nombramiento a tiempo completo o parcial. Pero si un Facultativo a tiempo completo tiene que realizar 1.645 horas anuales de jornada ordinaria y el resto se le abona como complementaria, a un Facultativo al 75% se le abonan como jornada ordinaria 1.233 horas al año, y el resto como jornada complementaria, realizando ambos la mayoría de las veces la misma jornada anual total. Dado que la jornada complementaria se abona a mitad de precio que la ordinaria, el ahorro económico es tangible y claramente fraudulento."



Respecto a este planteamiento, la Dirección General de Profesionales del SAS manifestaba sus discrepancias con las medidas de contención del gasto público adoptadas en el ámbito estatal, especialmente la referida al incremento de la jornada laboral de los empleados públicos -al pasar de 35 a 37,5 horas semanales-, expresando que nombramientos al 75% de la jornada laboral para el personal eventual del SAS, se realiza "para evitar que este generalizado incremento de la jornada laboral en dos horas y media semanales conlleve una importante disminución del número de empleados públicos, hemos tenido que reducir la jornada laboral entre el personal eventual del SAS".

Ante ello, entendimos que esa controversia, dada la inexistencia de irregularidades en la actuación de la Administración sanitaria, no procedía ser dirimida por parte de esta Institución, habida cuenta la existencia de otros cauces establecidos para ello por el ordenamiento jurídico, vía negociación colectiva o, en su caso, en vía jurisdiccional.

En efecto, la regulación jurídica existente de ámbito estatal ha limitado la ofertas de Empleo Público a categorías profesionales prioritarias o servicios públicos de carácter esencial. No obstante, en 2013 se aprobó una Oferta de Empleo Público en el SAS que permitiría cubrir las vacantes definitivas producidas en los años 2012 y 2013. También, en aquel momento, se estaba tramitando la Oferta de Empleo Público correspondiente a 2014, materializada posteriormente en el Decreto 170/2014, de 9 de diciembre.

En todo caso, según afirmaba la Administración sanitaria, se seguirían realizando nombramientos de carácter eventual para continuar garantizando la asistencia sanitaria en los máximos niveles de calidad, si bien desde comienzos del año 2014 los nombramientos ordinarios se había venido suscribiendo con una duración de cuatro meses, y los próximos nombramientos para tareas de mayor continuidad serían de ocho meses, y de continuar las actuales condiciones presupuestarias, para 2015 este tipo de nombramientos alcanzarían el año de duración.

En consecuencia con lo expuesto, en aquel momento dimos por concluidas nuestras actuaciones, en la confianza de que las actuaciones que se estaban llevando a cabo por los servicios competentes de la Administración sanitaria, junto con los representantes sindicales del sector, condujesen a la publicación de la Convocatoria de Empleo Público del SAS pendiente, así como a la normalización de la contratación de carácter temporal del sector sanitario, en número y duración tal y como se venía haciendo con anterioridad a las restricciones derivadas de la crisis económica, lo que, sin duda, redundará en una mejora de las condiciones de acceso al Empleo Público de los profesionales de la salud, en sus condiciones laborales, y, por ende, en la atención sanitaria de los andaluces que es una de las preocupaciones más acuciantes de esta Institución cada vez que se tratan problemas relacionados con estos asuntos.

En relación a este asunto, cabe decir que al momento de redacción del presente informe, en la última reunión de la Mesa Sectorial de Sanidad (enero de 2015), se ha acordado que todos los contratos eventuales estructurales serán de jornada y retribuciones al cien por cien a partir del 1 de marzo de 2015, procediéndose por el SAS a transformar los actuales contratos eventuales a jornada completa y duración de un año -hasta el 31 de enero de 2016-, mayoritariamente a través del proceso de selección establecido en la Bolsa Única de Empleo del SAS, salvo que se trate de tareas específicas que requieran de una experiencia o formación determinada, que se llevarán a cabo por vía de ofertas específicas, según el proceso contenido en el Pacto de Bolsa.

Por último, en una vertiente diferente, tenemos la actuación de oficio [queja 14/1252](#) motivada ante la recepción de un importante número de quejas individuales formuladas por el personal de Enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba -a las que posteriormente se acumularon otras de distintos hospitales, en las que se denunciaba el perjuicio que les ocasionaba el hecho de que diariamente se veían obligados a prolongar su jornada laboral 15 minutos antes del inicio y 15 minutos después de su finalización, para realizar el "relevo" de enfermería, o "solape" entre turnos, sin que estos periodos de tiempo computaran como jornada laboral.

En este sentido, en las quejas recibidas las personas interesadas exponían que el así denominado acto de "relevo de enfermería" era el momento fundamental de intercambio de información clínica de los



pacientes entre los profesionales de Enfermería de las unidades asistenciales, el cual era imprescindible para garantizar debidamente la continuidad asistencial.

En apoyo de su pretensión aducían los denunciantes que en el Estatuto Marco de los Servicios de Salud, (artículo 46.2.c) ya viene definido el tiempo de trabajo, por lo que dicho colectivo entendía que no había duda en definir que, estando en sus puestos de trabajo en el ejercicio de su actividad y funciones, debería contemplarse ese tiempo como jornada realizada, consideración ésta que, según afirmaban, estaba reconocida en la mayoría de países de la Unión Europea y en muchas Comunidades Autónomas.

En definitiva, el personal de Enfermería de estos hospitales exponía que para garantizar la transmisión de la información de los pacientes dependientes de cada Unidad, se veía obligado a entrar antes del inicio de su jornada laboral para recibir el relevo asistencial, e igualmente se tenía que marchar del puesto de trabajo un tiempo después del fin de su jornada laboral, para poder transmitir la información al profesional que le relevaba.

Como ejemplo indicaban que cuando entraban a trabajar en el turno de las 8.00 horas de la mañana, lo realizaban al menos 15 minutos antes para recibir la transmisión del estado y evolución de todos los pacientes que tenían que atender durante la mañana. Asimismo, aunque el horario de salida de ese turno era a las 15.00 horas, no podían abandonar el centro hasta las 15.15 horas, tiempo mínimo necesario para trasladar la información al profesional que llegaba de turno de tarde, el cual igualmente acudía al centro de trabajo con 15 minutos de antelación.

Una vez analizada la cuestión por la Dirección General de Profesionales del SAS, se nos expuso que este aspecto había sido tratado en diversas reuniones de la Mesa Sectorial de Sanidad, sobre el que no hubo acuerdo al respecto, correspondiendo a la Administración sanitaria dictar las Instrucciones correspondientes en el marco de la legislación estatal (Ley 2/2012, de 29 de junio), sin que desde esta Institución se pudiera tampoco ir más allá que apelar a la responsabilidad y buena fe de las partes, como contrapartida al derecho de los pacientes y usuarios de los servicios sanitarios de recibir una asistencia en parámetros de continuidad y seguridad.

Desde nuestra perspectiva, hemos de manifestar que el relevo de enfermería es el momento fundamental de intercambio de información clínica de los pacientes entre los profesionales de Enfermería de las unidades asistenciales, aspecto crucial e imprescindible para garantizar debidamente la continuidad asistencial, un tiempo que dicho personal está prolongando su jornada laboral para poder garantizar la continuidad asistencial, y por tanto, la seguridad del paciente durante los relevos de turnos, y en este sentido dicho periodo de tiempo debe contemplarse como jornada realizada, en los términos que en el seno de la Mesa sectorial se acuerde.

En este sentido nos dirigimos a la titular de la Dirección General de Profesionales del SAS instándole a que se renovasen los esfuerzos negociadores, para que el tiempo empleado por este colectivo profesional en los relevos fuese objeto de cómputo, en los términos que en el seno de dicha negociación se acordase, y con pleno respeto al marco legal de referencia.

01.V.3

Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones

...

- **Queja 14/2951**, dirigida a la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, sobre demora en la integración en la nueva categoría de Técnicos Especialistas de Mantenimiento de Edificios e Instalaciones Industriales.

...



CAPÍTULO 01.VI IGUALDAD DE GÉNERO

01.VI.2.4.1

Salud

Introducir la perspectiva de género en el análisis de las cuestiones que los ciudadanos plantean ante esta Institución, resulta complicado en el ámbito de la salud. En principio cabría decir que la prestación sanitaria no entiende de sexos, y que no resultan esperables alteraciones en su contenido en función de sus destinatarios. De hecho la alegación de discriminación en el acceso, los tiempos, o la modalidad de asistencia, es imperceptible en el montante global de las quejas.

Sin embargo, son múltiples los estudios que señalan diferentes niveles de salud en los hombres y las mujeres, las cuales a pesar de tener una mayor esperanza de vida, también se ven más afectadas desde el punto de vista de la morbilidad y la incapacidad.

Aparte de los factores biológicos y sociales a los que esta situación se achaca, sobre los que habría mucho que hablar, fundamentalmente en cuanto a veces redundan en dificultar el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios; nos planteamos habitualmente en este apartado del informe la consideración de aquellos procesos patológicos o procedimientos asistenciales que singularmente atañen al sexo femenino, y los problemas que pueden afectarles, en la medida en que puedan traducir diferencias mucho más sutiles.

Entre los primeros, tradicionalmente contemplamos las quejas relacionadas con enfermedad oncológica en localizaciones exclusivamente femeninas (mama, cérvix, útero), y otras enfermedades de afectación única (endometriosis) o predominante (fibromialgia) en este género.

Entre los segundos, nos referimos principalmente al proceso natural de la maternidad, y la asistencia sanitaria que necesariamente lo rodea, aunque en el mismo incluimos la problemática que rodea la atención al embarazo, y el parto; el diagnóstico prenatal, la interrupción voluntaria del embarazo y la reproducción asistida.

Así, en la relación de expedientes iniciados de oficio, incluida en el Informe Anual correspondiente a 2013, contemplamos la queja 13/823, encaminada a investigar la supresión del programa de asistencia psicológica para enfermas de cáncer que hasta entonces venía llevándose a cabo en el hospital Virgen Macarena.

De esta manera nos hicimos eco de las reivindicaciones de algunas afectadas que habían sido recogidas por los medios de comunicación, pues partiendo de la ganancia que el tratamiento recibido había llevado consigo en cuanto a su manera de afrontar la enfermedad, hasta el punto de considerarlo como un pilar fundamental *“para seguir adelante”*, clamaban por el mantenimiento de una medida que se había demostrado absolutamente beneficiosa, no solo para ellas mismas, sino para las pacientes que fueran diagnosticadas y tratadas en el futuro.

Desde la perspectiva del centro, los resultados de un estudio de investigación, que era el que amparaba esta modalidad asistencial, no podían provocar la modificación de la cartera de servicios, pudiendo las afectadas recibir atención psicológica siguiendo el procedimiento habitual, para lo cual se priorizaba su derivación a las unidades de salud mental comunitaria.

Aún comprendiendo este estado de cosas, la experiencia de actuación de esta Institución en la tramitación de las quejas relacionadas con la atención sanitaria de salud mental, nos ha llevado a advertir que las terapias psicológicas dispensadas desde las unidades de salud mental comunitaria son escasas y que la frecuencia de las sesiones dista mucho de la deseable para las necesidades de los pacientes, y por tanto, suponemos que de la periodicidad del tratamiento que estas mujeres han estado recibiendo en el hospital.

Por lo que hace a la atención sanitaria de las mujeres en el proceso asistencial de embarazo, parto y puerperio, durante el año pasado se reprodujo una cuestión que ya fue objeto de nuestro posicionamiento



hace algún tiempo, y que combina la reclamación profesional y la defensa de la calidad de la asistencia.

Nos referimos al planteamiento realizado por un colectivo de matronas en paro en relación con el déficit relativo de esta figura profesional en el ámbito de la atención primaria de la salud.

La denuncia resaltaba las diferencias existentes en las distintas provincias andaluzas, en cuanto a la ratio de matronas en los centros de salud, y la consecuencia que de este panorama extraían las interesadas, no era otra que la desigualdad en la atención a la salud de las mujeres en cuanto a la maternidad y durante toda su vida reproductiva. Las interesadas refieren que en Andalucía no se contempla la atención a la salud integral de las mujeres, desde la adolescencia hasta la menopausia, y se dejan fuera aspectos tan relevantes como planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, apoyo a la lactancia, afrontar pérdidas perinatales, prevenir disfunciones del suelo pélvico..., en definitiva, ofrecer resultados en salud con profesionales disponibles y formados específicamente en estos aspectos.

En su momento, en la queja 07/2272, ya se comparó la situación de las dos provincias más deficitarias -Córdoba y Almería- en relación con el resto de las provincias andaluzas, a la luz del estudio que sobre las necesidades de formación de matronas se había elaborado por la Administración, con el objeto de cubrir las vacantes por jubilaciones, así como para subvenir a las necesidades de estos profesionales en atención primaria, las cuales se cifraban en la incorporación de 59 profesionales en esta área.

Entonces elaboramos una resolución que contenía diversas Recomendaciones para el incremento de plantilla con las plazas de matronas correspondientes a cada provincia según el estudio de necesidades realizado por la Administración, y el establecimiento de un calendario para la dotación presupuestaria de las plazas, priorizando las provincias más deficitarias, las cuales no pudimos considerar aceptadas por parte de la Administración.

El informe que hemos recibido en la queja 13/6808 (a la que se acumularon la queja 14/696 y la queja 14/1726) abunda en argumentos ya conocidos, sobre la posibilidad de que en el ámbito de la atención primaria de la salud, las funciones inherentes al proceso asistencial de embarazo, parto y puerperio se lleven a cabo por distintos profesionales, y la necesidad de justificar la presencia de la matrona por las características poblacionales de cada área geográfica (índice de partos, envejecimiento de la población, ...).

Aún sin haber concluido nuestras actuaciones en estos expedientes, seguimos sin entender las diferencias tan pronunciadas que se producen en la ratio de estas profesionales en función del territorio, y la implementación de unidades formativas para la especialidad de obstetricia y ginecología que se prevé (ocho pendientes de acreditación), teniendo en cuenta el mantenimiento (cuando no ligero descenso) de la presencia de las matronas en la Comunidad Autónoma (de 172 en 2008 a 169 en 2013).

Con carácter general también nos referimos en este apartado del informe a la problemática que plantea el acceso y la dispensación de las técnicas de reproducción asistida, pues aún cuando no afecta exclusivamente a las mujeres, sí son los principales sujetos de los tratamientos en los que aquellas consisten.

En el curso de nuestra actividad ordinaria, hemos asistido a la evolución de esta cuestión, tramitando un número variable de quejas que se sustentan, bien en la negativa para el acceso a los tratamientos, bien en la demora para recibirlos, lo que a su vez puede llegar a provocar la exclusión de aquellos, por el cumplimiento de la edad que opera como límite máximo.

Durante el pasado ejercicio esta tendencia habitual se mantuvo y se tradujo en la recepción de 13 quejas por este concepto. En la mayoría, se discrepa de la exclusión del programa por diversas causas de las que se recogen en la Guía de reproducción humana asistida del Sistema Sanitario Público de Andalucía: haber cumplido los 40 años (queja 14/1056 y queja 14/4957); tener un hijo previo (queja 14/3316 y queja 14/5256), o haberse sometido a un procedimiento de esterilización voluntaria (queja 14/1340, queja 14/1364, y queja 14/5387). En otras, se limita el tratamiento a un único ciclo por mala calidad ovocitaria (queja 14/3948); se solicita la donación de ovocitos ([queja 14/3157](#) y queja 14/3496), o el diagnóstico genético preimplantatorio (queja 14/2999).



En este punto, cabe reseñar que la mayoría de los criterios contemplados en guías y protocolos para definir el contenido de la prestación desde el punto de vista subjetivo y objetivo, han tenido acogida por fin en una disposición de rango adecuado que viene a configurar la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

A partir de su entrada en vigor en noviembre pasado, la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030(2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, constituye el obligado punto de referencia de legalidad de las actuaciones administrativas en este campo, elevando los criterios generales y específicos para el acceso a estas técnicas a la categoría de norma.

Con carácter previo, sin embargo, la administración sanitaria andaluza editó una nueva versión de la guía referida, mediando su exposición en la página web del Servicio Andaluz de Salud, en la que incorporaba algunas novedades que, más tarde, se reflejaron en dicha norma.

De esta manera, recogió criterios que antes no se consideraban y empezó a aplicarlos a partir de febrero. En concreto, practicó este modo de proceder respecto de los solicitantes de tratamiento que se habían sometido a procedimientos de esterilización con carácter previo, lo que nos llevó en la [queja 14/1414](#), que se inició de oficio, a emitir una Recomendación para que se paralizara su aplicación, así como la de otros requisitos limitativos recogidos en la guía en tanto los mismos no se incluyeran en la cartera de servicios del SNS.

La publicación de la Orden estatal en el lapso de tiempo que medió hasta la respuesta administrativa, dejó sin objeto el contenido de aquella y nos llevó a matizarla en una comunicación posterior, dirigida a lograr la aplicación de los tratamientos a todos los solicitantes afectados por este criterio de exclusión que se hubieran incorporado a la lista de espera en el período de transición entre la Guía y la norma, encontrándonos en la actualidad a la espera de respuesta para poder valorar definitivamente el grado de cumplimiento administrativo de nuestra propuesta.

Por otro lado, en la queja 14/2971 la interesada solicitó la creación de una unidad de día para madres en un centro hospitalario, a fin de garantizar el bienestar de las que deben permanecer en el mismo tras el alta, porque se prorrogue la estancia hospitalaria de sus hijos recién nacidos.

Y es que, recuperándose de una intervención de cesárea, optó por no quedarse en la unidad configurada al efecto para favorecer la lactancia, puesto que no se permitía la estancia de familiares que pudieran auxiliarla. De ahí que acudiera al centro todos los días, viéndose obligada a permanecer en condiciones inadecuadas para su estado, en un sillón ubicado en un pasillo, sin suministro de comida, y utilizando los aseos comunes.

En virtud del informe administrativo pudimos conocer que el hospital en cuestión tiene un hotel de madres, y las condiciones que rigen su utilización, entendiéndose por nuestra parte que existan unas normas que traten de favorecer la convivencia temporal de quienes se ven obligadas a utilizar este recurso, aunque lógicamente las necesidades individuales de cada madre, en función de las circunstancias, puedan no resultar completamente satisfechas con el mismo.



CAPÍTULO 01.VII JUSTICIA, PRISIONES, POLÍTICA INTERIOR Y EXTRANJERÍA

01.VII.2.1.3

Abogacía y Asistencia Jurídica Gratuita

Finalmente, continuamos recibiendo numerosas quejas de personas que, tras un proceso judicial desestimado contra el SAS, afrontan, además del fracaso de su pretensión, la imposición del pago de las costas en cuyos conceptos alcanza un peso significativo los honorarios que formulan los profesionales actuantes del Gabinete Jurídico o, concretamente, de los servicios jurídicos del Servicio Andaluz de Salud. La [queja 14/5516](#), incoada de oficio nos ha permitido analizar la cuestión.

Es cierto que la condena en costas que recogen estas sentencias deben incluir la definición calculada de los conceptos que legalmente engloban la noción de «costas procesales» y que han de ser asumidos por la parte condenada. Por ello, el Gabinete Jurídico y Letrados del SAS proceden al cálculo y tasación de los honorarios de los profesionales jurídicos que han intervenido en el procedimiento, cumpliendo así con las actuaciones que se prevén dentro de la ejecución del mandato judicial.

Pero como hemos apuntado, este particular aspecto no deja de suscitar quejas de los ciudadanos afectados por la obligación de pagar tales «honorarios profesionales» que, más allá de su discutida argumentación, implican un gravamen económico difícilmente asumible para estas personas que se han visto abocadas a interponer las acciones procesales sin obtener finalmente, la estimación judicial.

Este criterio, conocido en el foro como *“quien pierde paga”*, se vuelve un severo condicionante, no para evaluar la solidez de una pretensión, sino para decidir en un primer término la interposición de la acción para reclamar el derecho alegado. Y, sin embargo, esta diatriba no se produce en estrictos términos de igualdad procesal ya que partimos de una capacidad económica que se muestra, comúnmente, muy inferior para el litigante particular.

Teniendo en cuenta que la fijación de honorarios ha quedado liberalizado, el Defensor del Pueblo Andaluz ha querido plantear a fondo el cálculo de estas cuantías que presentan los servicios jurídicos del Servicio Andaluz de Salud que podrían quedar muy limitadas y evitar el gravamen que le supone a las personas que, tras la sentencia, pierden el procedimiento y se ven abocadas al pago añadido de estos honorarios.

01.VII.2.2

Prisiones

Para concluir y entrando en el ámbito sanitario penitenciario, debemos aclarar que sólo en lo referente a la salud, contamos con un amplio repertorio de casos que hemos procurado atender en el ámbito de nuestras capacidades. Nos centraremos en alguno de los asuntos más destacados.

En primer lugar es de extremo interés un problema muy común que ha llevado a que se dirijan a la Institución internos de distintos centros penitenciarios andaluces; se trata concretamente del cambio o supresión de los medicamentos prescritos por médicos especialistas modificados o alterados según criterios de los servicios médicos de prisión.

Como ejemplos, ya que contamos con un número bastante notable de casos similares, podríamos ver la queja 14/3973 en la que un interno nos trasladaba su disconformidad con el cambio de tratamiento en relación a los medicamentos que tenía prescrito. Según éste, estaba diagnosticado de trastorno disocial



de la personalidad y lumbocitalgia crónica, teniendo por ello prescrito desde un centro penitenciario anterior, por el especialista correspondiente, una serie de medicamentos, centrándose su problema en la no administración de parte de los mismos.

Atendiendo a lo anterior, consideramos conveniente requerir la colaboración de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias solicitando el correspondiente informe clínico en relación al estado de salud del interno y el tratamiento que tenía prescrito al respecto, así como los posibles cambios que se hubiesen dado en el mismo en los últimos meses, y en que habían sido motivados estos.

Según el informe que nos remitieron al respecto, tras comprobar en los controles de medicación que regularmente se realizan para verificar el correcto uso y la adherencia de los pacientes al tratamiento que el interno estaba haciendo un mal uso de la medicación psicotrópica que se le proporcionaba, se decidió reajustar su tratamiento y mantener exclusivamente la medicación necesaria para seguir garantizando su estabilidad clínica.

Esto, a nuestro entender, pone en evidencia que desde el servicio sanitario del centro penitenciario se modifica el tratamiento prescrito por los especialistas, en este caso de Psiquiatría, aduciendo presunto mal uso de dichos tratamientos. Ante esto desde la Institución ponemos en relieve la diferencia de praxis médica que se produce en relación a los pacientes que no se encuentran internos en los centros penitenciarios, pues un médico de medicina general no cambia, sin los debidos protocolos clínicos, el tratamiento prescrito por un especialista.

Por ello debemos mostrar nuestro desacuerdo con esta práctica, pues si bien es verdad que se pueda dar un mal uso de los fármacos, consideramos que se deben buscar otras alternativas a la administración correcta de los mismos, sin llegar a perjudicar con la supresión del tratamiento el estado de salud del interno.

Como asignatura pendiente tenemos el grave problema de la pérdida de citas médicas en las salidas necesarias a los servicios sanitarios externos al centro. Por este motivo nos dirigió escrito el interesado de la queja 14/4515. En dicho escrito el interno exponía que había sido intervenido quirúrgicamente hasta en 6 ocasiones por quiste maxilar izquierdo en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), siendo la última visita al Hospital a finales del pasado mes de julio o principios de agosto, donde se le realizó radiografía de la cabeza. Ese mismo día se le indicó que debía acudir nuevamente a consulta en dos semanas; sin embargo según el interno aún no se le había gestionado la cita, en la fecha de remitirnos el escrito, concretamente en septiembre de 2014, padeciendo fuertes dolores y pérdida de peso, y sin que se le estuviera proporcionado la medicación prescrita por el facultativo para paliar sus males.

Atendiendo a lo delicado del asunto le dirigimos escrito a Instituciones Penitenciarias en relación al estado de salud del interno, y las gestiones llevadas a cabo respecto a las visitas en el Hospital. Entendíamos que podía existir un retraso por parte del Servicio Andaluz de Salud en la gestión de las mismas, por lo que pedimos informe también al Director Gerente del Hospital donde éste era atendido.

Tras recibir ambos informes detectamos una contradicción en el contenido de los mismos, pues conforme a los datos que le han facilitado a esa Secretaría General desde el servicio médico del centro el interno: *"..., ha salido a las tres citas remitidas desde la consulta de máximo-facial, la última el pasado 21 de octubre.."*, sin embargo, según informa el Hospital, coincidía en que acudió a la cita del pasado mes de octubre, pero no a la de fecha 19 de agosto de 2014, desconociéndose el motivo de la no asistencia, habiendo transcurrido tres meses desde que fue revisado tras la intervención, y dos meses desde la supuesta pérdida de la cita.

Por lo anterior, y dada la discrepancia que existía entre ambos informes, creímos conveniente en la línea de colaboración que se mantiene con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, someterlo a su consideración, rogando, de ser posible, nos remitieran nuevo informe para poder clarificar la contradicción del contenido de los mismos, con el objeto de poder trabajar para evitar que se repitan estas situaciones por el riesgo que suponen las mismas para la salud de la persona afectada.

Para concluir, y dentro de esta misma temática, es de obligada mención la [queja 14/1378](#), incoada de oficio, que está aún en fase de investigación pero que, debido a la envergadura del problema, queremos



relatar con detalle. En concreto debemos hacer referencia a la situación que esta Institución ha tenido la oportunidad de conocer por diversos casos, tramitados en las correspondientes quejas, de personas enfermas de hepatitis C que expresaban sus dificultades para acceder a las atenciones médicas y prestaciones farmacológicas.

Se trata de pacientes que forman parte de la población reclusa diagnosticada de Hepatitis C, en centros penitenciarios ubicados en Andalucía.

Entre las quejas tramitadas detectamos una circunstancia común cual es que estas personas enfermas no accedían al tratamiento más idóneo acorde con su diagnóstico, en términos análogos al resto de la población. Pues bien, en esta situación se suscitaban varios elementos que debían ser abordados.

En primer lugar el elemento concurrente de la intervención de la Administración central y de las Administraciones autonómicas en las respuestas de atención sanitaria que esta población enferma reclusa necesita. Además, hemos de destacar la presencia de un problema de salud penitenciaria cuya dimensión epidemiológica no está definida con exactitud como para proponer, si es el caso, desde criterios sólidos unas respuestas concretas. Y, en tercer lugar, los tratamientos que la praxis médica ofrece están en continua evolución gracias a los nuevos productos farmacológicos que obtienen resultados muy satisfactorios en las personas enfermas.

Por ello, el Defensor del Pueblo Andaluz consideró oportuno promover la iniciación de una investigación, a través de la correspondiente queja de oficio, al amparo del artículo 10 de la Ley 9/1983, de 1 de Diciembre, dirigida a conocer la entidad de los datos de prevalencia y epidemiológicos de la hepatitis C en los centros penitenciarios situados en Andalucía, así como la respuesta de atención sanitaria que reciben estas personas enfermas por parte de las Administraciones afectadas.

Somos conscientes de la variedad de cuestiones y de disciplinas que esta situación es susceptible de abordar. Sin embargo, el objetivo central de la intervención de esta Institución no era sino conocer el efectivo respeto al derecho a la protección de la salud que ostentan estas personas enfermas a la hora de merecer las respuestas equivalentes al resto de la población para recibir la atención y asistencia necesarias. En particular, esta actuación de oficio venía especialmente motivada por la seria preocupación ante la presencia significativa de casos de especial gravedad (hepatitis C, genotipo 1A) que acarrear graves riesgos de una evolución desfavorable para la salud de los pacientes. Son casos que derivan hacia la cirrosis y hepato-carcinomas si no cuentan con tratamientos específicos análogos a los que se ofrece a la población en general. En particular, nos referíamos al tratamiento con telaprevir y boceprevir.

Como hemos señalado antes, desde un punto competencial, concurren las intervenciones de la Administración General del Estado, a través de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, y de la Junta de Andalucía, mediante los desempeños del Servicio Andaluz de Salud.

Ello aconsejaba una primera línea de información a través de este cauce, mediante la implicación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y que pretendía indagar las actuaciones que esa Consejería acometía ante la problemática de la presencia de personas infectadas de hepatitis C en centros penitenciarios andaluces y la respuesta de asistencia sanitaria que recibían. Del mismo modo, resultaba necesario recabar información desde el ámbito competencial y territorial de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Para ello, nos permitimos requerir la colaboración de la Defensoría del Pueblo Estatal, a fin de valorar la oportunidad de impulsar estas actuaciones y, en su caso si compartían este criterio, solicitaran ante la Secretaría General la información que consideramos como oportuna.

En concreto interesamos los datos específicos de la epidemiología de la hepatitis C en los centros penitenciarios andaluces (cifras absolutas, incidencia, prevalencia, distribución por sexo, edad, etc, variantes de la enfermedad y genotipos, complicaciones, mortalidad, etc). También era importante conocer los tipos de tratamientos administrados a los internos diagnosticados de hepatitis C; las cifras de las personas internas en las prisiones andaluzas con prescripción por médico especialista de la triple terapia; y, finalmente el número de internos que habían sido tratados o lo estaban siendo con triple terapia.



De momento recibimos informe de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, que dado su interés optamos por transcribir a continuación algún fragmento del mismo:

“La garantía de asistencia sanitaria a la población reclusa en Andalucía, así como en el resto de las comunidades autónomas, se desarrolla sobre la base de los convenios entre el Ministerio del Interior y las Administraciones autonómicas. En Andalucía, desde la firma del primer convenio hasta el día de hoy, se viene cumpliendo escrupulosamente con las competencias que marcan la Ley y la Constitución Española y se están cumpliendo con garantías y en los mismos términos de calidad con que se presta la asistencia sanitaria al resto de la población(...)

Corresponde al Ministerio de Interior el tratamiento de los internos que padecen Hepatitis C, así como el correcto suministro de los fármacos que se requieran para la asistencia sanitaria de la población reclusa fuera del régimen de hospitalización y, por tanto, debe ser financiada por la administración penitenciaria.

En cuanto a la administración de fármacos para el tratamiento de la Hepatitis C, debemos hacer constar, que el suministro de medicación de uso hospitalario en las instituciones penitenciarias, no había generado problemas hasta que los especialistas del Sistema Sanitario Público de Andalucía han indicado los nuevos tratamientos con TELAPREVIR O BOZEPREVIR.

Las normas de Instituciones Penitenciarias para la administración de estos fármacos están obstaculizando la correcta administración del tratamiento. En concreto, se han establecido cupos limitados para el acceso a las terapias, que no solo generan listas de espera, sino que, además, el Ministerio solo facilita estos fármacos en el ámbito del hospital Gregorio Marañón de Madrid. Es decir, que los internos de todos los centros penitenciarios de este país tienen que ser trasladados a Madrid para recibir la medicación en dicho hospital.

Ante esta situación, nuestra Consejería, a través de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud ha dado instrucciones a los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía para que se facilite a los presos esta medicación, siempre que haya sido prescrita por facultativos especialista del Servicio Andaluz de Salud, Ahora bien, puesto que la administración de medicamentos a personas presas fuera del régimen hospitalario corresponde a Instituciones Penitenciarias, tal y como hemos mencionado, el hospital suministrador del fármaco procederá a su facturación con cargo al centro penitenciario donde el interno éste recluido.

En la línea de colaboración mantenida con esa institución en las dos últimas décadas, se le ha propuesto que en el supuesto de que el Ministerio del Interior no esté en condiciones de suministrar dicha medicación (Telaprevir o Bozoprevir) para el tratamiento de la Hepatitis C, se incluya esta prestación como cláusula adicional en el nuevo convenio, actualmente en trámite, en los términos que se acuerden, y con la contraprestación correspondiente por parte del Ministerio.

Las direcciones gerencias de los hospitales del Sistema Sanitario Público en Andalucía informan que, a fecha 25 de mayo la situación es:

- El número de pacientes, que actualmente se encuentra internos en cárceles de Andalucía, o que estaban internos en el momento de la prescripción, es de 12 internos.

- Esquema de tratamiento. En todos los casos se ha dispensado un esquema de tratamiento con triple terapia, que incluye Telaprevir (inhibidor de proteasa) según el protocolo estándar de los hospitales públicos que atienden a estos pacientes, siguiendo las recomendaciones oficiales emitidas por la Agencia del Medicamento y Productos Sanitarios (Criterios y recomendaciones para el tratamiento con boceprevir y telaprevir de la hepatitis crónica C (VHC). Con este esquema el tratamiento dura 48 semanas y tiene un coste que supera los 41 mil euros por paciente.

De lo expuesto puede evidenciar que esta Administración ha actuado en todo momento por el interés de estos pacientes y se ha esforzado por su adecuada atención sanitaria y la administración del tratamiento necesario.”

Al no contar con toda la información necesaria a falta del informe esperado por parte de la otra administración afectada, no podemos aún concluir con una valoración al respecto. Esto no quiere decir que desde esta Institución no nos mantengamos alerta ante cualquier caso concreto que se nos pueda presentar en relación con la necesidad de dispensar los tratamientos más adecuados a los internos afectados por esta dura enfermedad.



CAPÍTULO 01.VIII MEDIO AMBIENTE

01.VIII.2.1 Contaminación acústica

01.VIII.2.1.1 Contaminación acústica en el espacio urbano

01.VIII.2.1.1.1 Los efectos de la contaminación acústica por los establecimientos de hostelería

Como ejemplo de las molestias que sufre la ciudadanía por esta cuestión y que tantos y tantos problemas genera a los vecinos, mencionamos las quejas tramitadas en distintas poblaciones de Andalucía, pero que han adquirido una relevancia especial este año en la ciudad de Sevilla, como consecuencia de la extraordinaria presencia en los medios de comunicación de noticias alusivas a este problema y por las quejas y denuncias de la ciudadanía, basadas en la contaminación acústica provocada por la concentración de personas en determinados establecimientos de hostelería y su entorno.

Así, la [queja 12/6643](#), que presentó una asociación vecinal de la Plaza del Salvador, en Sevilla, en la que solicitaba la adopción, por parte del Ayuntamiento, de un plan específico para la zona y su entorno. La Secretaría Técnica de la Policía Local nos envió un informe (que habían trasladado a la Dirección General de Medio Ambiente del Ayuntamiento) en el que se incluía, además de todos los establecimientos denunciados, una larga lista, siendo así que nada más que en esta zona habían sido denunciados, por distintos motivos, 17 locales, siendo por el contrario los cumplidores un total de 9.

Las denuncias afectaban a las siguientes cuestiones: permitir consumo de bebidas fuera de los locales autorizados para ello; instalación de veladores, mesas, etc., sin autorización; carecer de licencia de apertura. Sobre esta última, que estimamos es una infracción que reviste especial gravedad, había 5 locales.

El informe de la Policía Local exteriorizaba la realización de actividades al margen del derecho por parte de numerosos locales de hostelería que parece se hayan acostumbrado a que la respuesta, una y otra vez, a sus vulneraciones de la normativa, según hemos podido verificar fehacientemente en numerosos expedientes de queja tramitados por esta Institución, es, en la práctica, nula a efectos de impedir, de manera responsable y ejemplar, que los derechos de la ciudadanía se vulneren de forma contumaz. Esto lo decimos porque en la mayoría de las quejas tramitadas se evidencia que ni en las sanciones se tienen en consideración aspectos tales como la reincidencia, ni, por supuesto, terminan por ejecutarse.

Todo ello motivó, como es habitual en estas quejas, que formuláramos al Ayuntamiento un Recordatorio de deberes legales del cumplimiento de la normativa contra contaminación acústica, una Recomendación sobre mayor presencia de la policía local en la zona para evitar los comportamientos que justificaron la actuación del Defensor del Pueblo Andaluz y una Sugerencia para que, previa audiencia de las asociaciones o entes que representen a los vecinos de la zona, se valore la conveniencia de aprobar un plan de actuación conjunta o unitaria para esta zona, tratando de dar una respuesta uniforme a la diversa problemática que lleva años padeciéndose.

Como respuesta, el Ayuntamiento de Sevilla nos trasladó el informe de la Policía Local en el que valoraba especialmente la sugerencia de aprobar un plan de actuación conjunta. Sin embargo, somos conscientes de que el problema, a la fecha de cierre de esta queja, estaba lejos de ser resuelto.



En la [queja 13/4065](#), se dirigió a nosotros una residente en la calle Arfe, también de Sevilla, denunciando los elevados niveles de ruido que emiten los locales de ocio y hostelería ubicados en dicha calle, tanto por su propia actividad y la aglomeración de clientes a sus puertas, como por las, a su juicio, insuficientes medidas adoptadas por el Ayuntamiento para disminuir el nivel de contaminación acústica de esta zona.

El problema de ruido provocado por algunos locales de hostelería de esta calle, que permiten el consumo de bebidas en el exterior, y el exceso de ruido en sus instalaciones es ampliamente conocido en Sevilla. Hecho éste que llama la atención teniendo en cuenta que, según el Servicio de Proyectos y Obras de la Gerencia de Urbanismo del citado Ayuntamiento, en la calle Arfe los únicos establecimientos que tenían autorización para veladores eran dos.

En el escrito de alegaciones, la promotora de la queja nos trasladaba su "*indignación*" por el hecho de que cuando se realiza una inspección, en lugar de llevarse a cabo cualquier fin de semana en los que habitualmente esta zona es multitudinariamente visitada y se encuentra a pleno rendimiento de ruidos y actividades, se hizo un sábado de finales del mes de junio cuando la actividad de estos locales era mínima o incluso alguno estaba cerrado.

Tras solicitar y recibir los informes oportunos, procedimos a su valoración, llegando a la conclusión de que la especial complejidad de esta situación, requieren de un conjunto de actuaciones que, en el marco de las previsiones normativas, tienda a la reducción progresiva de los niveles sonoros existentes.

De ahí que, a la vista de todo lo expuesto, considerásemos que, sin que quede claro y determinado qué acciones adicionales a las que ya tiene puestas en práctica el Ayuntamiento de Sevilla se van a realizar para disminuir el ruido existente, evaluando el efecto que pueden tener en la contaminación acústica, no sea recomendable otorgar una sola licencia más para la implantación de nuevos establecimientos o ampliación de las existentes, si tiene la certeza de que con su actividad va a aumentar, directa o indirectamente, el ruido actualmente existente en esta zona.

Es por ello que se formuló a la Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Sevilla Recordatorio del deber legal de aplicar de manera efectiva todas las medidas previstas en la declaración de zona acústicamente saturada (ZAS) que afecte a la calle Arfe, en aras a lograr la progresiva reducción de los niveles sonoros existentes en la misma, de conformidad con lo establecido en el artículo 20 del Decreto 6/2012, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de Protección contra la Contaminación Acústica de Andalucía.

Así como una serie de Recomendaciones para que se reforzara la inspección, se tuviera en consideración la reincidencia de algunos infractores, se llevara a cabo un seguimiento de los expedientes incoados hasta su ejecución y, finalmente, para que antes de conceder nuevas licencias o ampliar las ya existentes respecto de los establecimientos de la calle Arfe, se valoraran las consecuencias que tendría sobre los niveles de ruido soportados en dicha calle, así como sobre la consecución del objetivo de la progresiva reducción del ruido.

En el listado que nos remitió el Ayuntamiento como respuesta a nuestra resolución se nos daba cuenta de las actuaciones seguidas durante todo el 2013 y los primeros meses de 2014, por la Gerencia de Urbanismo sobre locales de la calle Arfe.

En dicho informe se decía, a modo de conclusión, que según la base de datos de actuaciones de las unidades de Policía Local, durante el año 2013 se habían realizado en el Barrio del Arenal un total de 1.902 servicios (487 informes por servicios realizados y 605 denuncias por infracción a las ordenanzas), formulándose además 2.471 denuncias de tráfico. Asimismo, nos informaban que a fecha 4 de febrero de 2014 se habían realizado 55 servicios en el Barrio del Arenal, con 32 informes varios y 23 denuncias por infracción a las Ordenanzas.

Pues bien, la interesada de la queja, después de darle traslado de la resolución formulada y de la respuesta que nos remitió el Ayuntamiento, mostró su total frustración, sencillamente porque, pese a tales actuaciones y la intervención de esta Institución, el problema continuaba y no había visos de que la situación cambiara. Su solución exige diálogo con las partes afectadas pero, también, allí donde el consenso no puede



dar respuesta a la reclamación de los derechos de la ciudadanía, que los poderes públicos asuman el compromiso, serio, de hacer respetar el Estado de Derecho.

También dentro del comentario que estamos dedicando a la contaminación acústica, podemos citar la [queja 12/6904](#), que presentó un grupo de vecinos de un complejo residencial de la ciudad de Córdoba por ruidos y otro tipo de molestias y afecciones de carácter ambiental con motivo de la autorización por parte del Ayuntamiento de la apertura de una discoteca en un inmueble ubicado a pocos metros del citado complejo residencial. La situación creada era insostenible, singularmente los fines de semana. Esta actividad había sido legalizada, a pesar de que se decía que:

“La implantación de una discoteca en una zona residencial implica en todo momento alterar negativamente las condiciones medioambientales del entorno, tal como queda demostrado en el presente caso en los informes de policía local y en las denuncias y alegaciones suscritas por los vecinos.

No obstante lo anterior, y de acuerdo con lo dispuesto en el Art. 14 del Decreto 297/95, de 19 de diciembre, que aprueba el Reglamento de Calificación Ambiental, por esta Oficina Técnica se estima que, exclusivamente en lo concerniente a las condiciones en el interior del local, dicha Calificación debería ser FAVORABLE, adecuándose la actuación a la normativa ambiental en vigor, debiendo adoptarse en todo momento las medidas correctoras impuestas en el expediente”.

Con ello, lo que venía a manifestar el técnico era que, aun reconociendo la afección negativa a las condiciones ambientales que puede generar esta actividad en el entorno, ello por sí mismo no puede impedir el otorgamiento de la correspondiente autorización. Así las cosas, inmediatamente la cuestión que se plantea es ¿Cómo es posible que, conociendo de antemano un ayuntamiento que se van a generar tales problemas ambientales, e incluso de movilidad, si se solicita autorización para esta actividad, prevea en el PGOU su compatibilidad con unos usos residenciales cuándo, además, conoce que las licencias son actos regulados y que, por tanto, si el solicitante cumple con los requisitos exigibles no tiene otra opción que otorgarla?

Se trata de un problema extraordinariamente frecuente en nuestras poblaciones y al que no se ha dado todavía solución preventiva alguna. En definitiva, si el Ayuntamiento conoce de antemano que la realización de una determinada actividad va a generar efectos indirectos en la garantía de derechos constitucionales de terceros, lo que debe hacer es buscar una localización idónea para su ubicación.

Por ello, en este caso, aunque formulamos Recordatorio para que se reforzaran los servicios de inspección y los horarios de cierre, era ya muy complicado que el Ayuntamiento fuera capaz de hacer cumplir las normas en este lugar, pero dada la situación formulamos Sugerencia para que se estudiara la posibilidad de, por vía de planeamiento municipal, establecer en determinadas zonas la prohibición o la limitación total de autorización de actividades de esta naturaleza cuando por su localización se sabe ya de antemano que van a generar distintos problemas de carácter ambiental.

Todo ello dentro del marco legal conformado por la Ley 7/2002, de 17 de diciembre, de Ordenación Urbanística de Andalucía, y restante normativa urbanística y sectorial de aplicación vigente.

También formulamos Sugerencia para que se valorara, de forma complementaria a la anterior Sugerencia, la inclusión en el planeamiento municipal o en las ordenanzas ambientales del concepto jurídico indeterminado “de grave afección ambiental” u otro de similar significado, como criterio que, en base a un análisis de los efectos de la implantación de un determinado establecimiento de ocio, como pudiera ser una discoteca, pueda limitar su autorización en determinadas zonas de la ciudad.

Se trataría, en este sentido, de contemplar expresamente la posibilidad de denegar una autorización de esta naturaleza cuando por las características del proyecto, su localización y el uso residencial del entorno, se considerase que la concesión de la misma pudiera conllevar graves afecciones ambientales.

La concurrencia, o no, de ese concepto jurídico indeterminado que habría que concretar, caso por caso, podría ser un test que permitiera a los responsables públicos efectuar una valoración acerca de la oportunidad, desde el punto de vista del respeto a los derechos constitucionales en juego, sobre cuáles serían en cada



supuesto los intereses o derechos más relevantes que se debieran proteger lo que permitiría, ponderando los mismos tomar la decisión más adecuada.

01.VIII.2.1.1.2

Quejas que tienen su origen en el ruido generado por la instalación de aparatos de reproducción de música pregrabada o en vivo sin estar autorizados para esta actividad

Son muchas las quejas que generan las emisiones por ruido que proceden, en la mayoría de los casos, de aparatos e instalaciones de música y de actuaciones en vivo, donde la responsabilidad civil de quienes tienen instalados tales aparatos o permiten estas actuaciones es clarísima en la inmensa mayoría de los casos y la legislación es bastante clara sobre los supuestos en los que se puede permitir actividades que suponen la emisión de música pregrabada o en vivo.

Así las cosas, es poco entendible que en nuestra Comunidad Autónoma continúen ocurriendo, con frecuencia sin consecuencias, hechos como los que motivaron las siguientes quejas:

En la [queja 12/2281](#), la interesada denunciaba los elevados niveles de ruido que generaba un local, situado en la planta baja de su edificio, en el caso histórico de Jerez de la Frontera (Cádiz) y sobre el que se encuentra su vivienda. En el mismo se habían realizado obras de reforma, instalando una barra de bar, cocina, servicios e instalación de equipo musical y televisión, todo ello sin que se hubieran adoptado medidas de aislamiento acústico, lo que generaba importantes niveles de ruido que impedían el descanso de los habitantes del piso inmediatamente superior, que ocupa la interesada junto con su familia. Asimismo, nos decía que el mencionado local funcionaba como bar, sin tener licencia para ello ni medidas de prevención de incendios, de ruidos, ni sanidad, y, en ocasiones, como Semana Santa y Navidad, totalmente abierto al público en general, ya que el local en cuestión lo gestionaba una hermandad religiosa.

La interesada de la [queja 12/3580](#) denunciaba los elevados niveles de ruido que sufría en su domicilio como consecuencia de la actividad de una discoteca con terraza al aire libre situada en la zona de la Isla de la Cartuja de Sevilla, que habían denunciado al Ayuntamiento. En concreto, manifestaba que esta discoteca desarrollaba la actividad hostelera todos los días de la semana, excepto los lunes, hasta las 7 de la madrugada y que por ello sufría molestias por los elevados niveles de ruido que se generaban desde el establecimiento. Asimismo, nos decía que según había podido constatar la Línea Verde del Ayuntamiento de Sevilla, el establecimiento podría carecer de licencia de actividad válida e incumplir la normativa vigente en materia de protección contra la contaminación acústica. Finalmente, nos comunicaba que en sucesivas ocasiones había trasladado los hechos descritos al Consistorio, pero éste no había solventado la situación.

Otro ejemplo es la [queja 13/4733](#), en la que el interesado denunciaba en su escrito de queja que durante los meses de verano residía en una urbanización sita en la playa del Sotillo, en el municipio granadino de Castell de Ferro. Durante el verano de 2013 el Ayuntamiento había permitido la instalación de un chiringuito en la playa, a menos de cinco metros de su urbanización. Al parecer, el citado establecimiento ya había sido objeto de denuncias por ruidos presentadas por los vecinos el anterior verano de 2012 sin que constara que el Ayuntamiento hubiera tramitado alguna de ellas.

Asimismo, nos comentaba que el chiringuito en cuestión extendía su actividad desde las 9 horas hasta las 4 horas de la madrugada del día siguiente, todos los días de la semana y que, en concreto, diariamente, a partir de las 12 de la noche, desarrollaba sin permiso ni licencia para música, la actividad de pub-discoteca, haciendo imposible el descanso en las viviendas del entorno.



Cuando este ciudadano llamaba por el problema a esta Institución, llegaba a preguntar ¿qué puedo hacer?, lamentablemente y ante tanta impunidad e irresponsabilidad del gobierno local, sólo nos quedaba instarle a acudir a los tribunales.

Conscientes de ello, decidimos iniciar de oficio la [queja 14/2491](#) ante todos los municipios de Andalucía, cuya finalidad, como hemos adelantado, era informar y advertir del régimen jurídico de los locales en los que se emite música pregrabada o en vivo y de las consecuencias, no sólo administrativas y civiles, sino, también, penales que se derivan para quienes, por su acción o con su pasividad, vulneren o toleren que se vulnere la legalidad aplicable.

A partir de ahora, ningún Ayuntamiento de la Comunidad Autónoma que ha recibido esta resolución puede ampararse en el desconocimiento del contenido de la normativa aplicable a estos locales para eludir sus posibles responsabilidades pues, con independencia de que, en todo caso, la Administración Pública tiene que someterse, necesariamente, al principio de legalidad (arts. 1.1, 9.3 y 103.1 de la Constitución) en nuestra resolución se les informa exhaustivamente del contenido y alcance de esta normativa.

A modo de resumen, en nuestra resolución comenzábamos recordando que año tras año, de manera singular tras la llegada de las estaciones que invitan a salir al exterior en horario de tarde y noche, se viene recibiendo en esta Institución un elevado número de quejas denunciando el ruido provocado por equipos y aparatos de música instalados en el exterior de establecimientos de hostelería que tienen la calificación de “pubs y bares con música”, o que, sin ni siquiera poseer esta calificación, cuentan con tales equipos y aparatos y sirven bebidas y comidas en el exterior, donde instalan terrazas con sillas, mesas y/o veladores.

Recordábamos también que el problema adquiere una especial gravedad, cuando la contaminación acústica provocada por estos establecimientos supone una clara vulneración de los derechos constitucionales a un medio ambiente adecuado (art. 45 CE), a la protección de la salud (art. 43 CE), e incluso de determinados derechos fundamentales como el de la intimidad en el seno del hogar familiar (art. 18 CE). Esta situación exige una respuesta clara y contundente por parte de los poderes públicos, de manera especial los gobiernos locales por cuanto son los que ostentan las competencias para controlar estas actividades y las de protección contra el ruido, a fin de garantizar el disfrute de tales derechos y el derecho al descanso.

Nuestra intervención se centraba exclusivamente en el ruido generado por locales que poseen, de acuerdo con el Decreto 78/2002, de 26 de febrero, por el que se aprueba el Nomenclátor y el Catálogo de Espectáculos Públicos, Actividades Recreativas y Establecimientos Públicos de la Comunidad Autónoma de Andalucía (BOJA 37, de 30 de marzo de 2002), la calificación de “pubs y bares con música” (con música pregrabada de fondo cuya emisión, en ningún caso, podrá superar 90 dBA medidos a 1,5 metros del altavoz o altavoces), así como aquellos otros locales que sin ni siquiera tener esa calificación, como “restaurantes”, “bares”, “cafeterías” y “bares-quiosco”, cuentan con instalaciones que emiten música, ya sea música pregrabada o, lo que es aún más grave, celebran actuaciones en vivo.

En no pocas ocasiones esas instalaciones cuentan con informes técnicos y autorizaciones de los propios gobiernos locales otorgadas de manera indebida y que pueden dar lugar a la exigencia de responsabilidad administrativa, e incluso penal, de sus responsables. Tal es el caso de la [queja 13/5760](#), tramitada ante el Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra (Sevilla) y donde detectamos una autorización para música otorgada contra la normativa.

Por ello, creemos que ha llegado el momento, como corresponde en un Estado de Derecho (art. 1.1 CE), de que los gobiernos locales y, llegado el caso, la administración autonómica, cumplan y hagan cumplir las leyes y reglamentos promulgados para proteger, en términos generales, el derecho a un medio ambiente adecuado, así como los demás derechos constitucionales ya mencionados, evitando con ello las lesiones que se producen de los mismos con motivo de la contaminación acústica y de la extraordinaria pasividad con la que tratan estos asuntos muchos Ayuntamientos y, en definitiva, acabar con una injustificable impunidad.

Decimos que es necesario actuar contundentemente porque el régimen jurídico de los establecimientos de hostelería que pueden emitir música en su interior, nunca en el exterior, viene establecido, de manera clara y precisa, en el apartado III.2.8.f, pubs y bares con música, del Anexo II, en el que se incluye el Catálogo



de Espectáculos Públicos, Actividades Recreativas y Establecimientos Públicos de la Comunidad Autónoma de Andalucía, recogido en el Decreto 78/2002, de 26 de febrero, ya citado, y cuyo tenor literal (según corrección de errores publicada en BOJA núm. 58, de 18 de mayo de 2002) es como sigue:

«f) Pubs y bares con música: Establecimientos públicos fijos, independientes o agregados a otros de actividad económica distinta que se dedican permanentemente a servir al público bebidas y, en su caso, tapas frías o calientes para ser consumidas en el interior del local con música pregrabada de fondo cuya emisión, en ningún caso, podrá superar 90 dBA medidos a 1,5 metros del altavoz o altavoces, y sin que en dicho establecimiento se pueda realizar ni celebrar baile público. Así pues, estará prohibido a este tipo de establecimientos servir comidas y bebidas fuera de sus instalaciones».

Pues bien, la Administración Pública española, cualquiera que sea su configuración territorial o institucional, sólo puede hacer aquello para lo que está autorizada, según la conocida doctrina de la *"positive Bindung"*, aceptada y reiterada en innumerables sentencias de nuestro Tribunal Constitucional al haber sido consagrada en los arts. 9.3 y 103.1 CE.

De esta forma, únicamente se puede autorizar la emisión de música pregrabada, en los citados establecimientos hosteleros y, siempre, en el interior de los locales, con los límites establecidos y, por supuesto, sin que generen afección exterior. En ningún caso puede autorizarse la emisión de música en el exterior de estos locales, como es frecuente que, de manera claramente ilegal, se haga bajo la excusa de *"amenizar"* las terrazas de estos establecimientos (pubs y bares con música). Tales terrazas y veladores también tienen prohibida su instalación en estos locales, que en el Nomenclátor se califican de "pubs y bares con música", pues conforme a la normativa mencionada únicamente se incluye esta posibilidad respecto de otros establecimientos de hostelería, tales como restaurantes, autoservicios, cafeterías y bares.

En cuanto a los establecimientos de hostelería, incluidos en el epígrafe III.2.8 del Catálogo, «a) Restaurantes, b) Autoservicios; c) Cafeterías, d) Bares, e) Bares-quiosco», no se permite, por no contemplarlo la norma -a diferencia de lo que expresamente contempla respecto de los «f) pubs y bares con música», la emisión de música pregrabada de fondo.

En conclusión, la distinción es clara y la interpretación pacífica: prohibición absoluta en nuestra Comunidad Autónoma de instalación de equipos de música pregrabada, con más razón la celebración de actuaciones musicales en vivo, en el exterior de todo establecimiento de hostelería por la afección que genera hacia el entorno. Asimismo, prohibición absoluta de instalación de terrazas en los locales con la calificación de "pubs y bares con música". Ello salvo la previsión excepcional del art. 6.5 de la Ley 13/1999, de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas de Andalucía, para actividades recreativas extraordinarias u ocasionales en establecimientos no destinados o previstos para albergar dichos eventos.

Los otros supuestos en los que sí se puede contar con instalaciones preparadas para la emisión de música pregrabada y/o en vivo, según los casos, nada tienen que ver con los supuestos que estamos tratando aquí, dentro de este epígrafe (establecimientos de hostelería), sino con los denominados establecimientos de esparcimiento incluidos en el epígrafe III.2.9 del Catálogo, y que incluyen: a) Salas de fiesta, b) Discotecas, c) Discotecas de juventud, d) Salones de celebraciones, que, a su vez, tienen sus propias limitaciones, que también comentaremos a continuación.

La interpretación que hemos realizado sobre la doble limitación que afecta a la emisión de música en los establecimientos catalogados como pubs y bares con música, en el sentido de que no pueden poseer terrazas en el exterior y que sólo pueden desarrollar sus actividades en el interior, es la marcada en su momento por la Dirección General de Espectáculos Públicos y de Juego, de la entonces Consejería de Gobernación y Justicia, que, además, recordaba que tal prohibición se extiende lógicamente a las discotecas, tal y como se desprende de la respuesta que en febrero de 2011 dicha Dirección General dio a la consulta elevada por una mancomunidad de vecinos sobre la posibilidad de que pubs y bares con música tuvieran veladores en terrazas.

Consideramos que, sin perjuicio de la responsabilidad directa del titular de la actividad, la pasividad, las disfuncionalidades, la negligencia y, en su caso, la permisividad y/o total inactividad que se hayan podido



producir de los responsables municipales ante las graves y reiteradas vulneraciones de la normativa reguladora de la contaminación acústica con motivo del ejercicio de actividades hosteleras, es lo que ha permitido hasta ahora, la vulneración de diversos derechos constitucionales ya comentados. Insistimos, la situación es ya insostenible en un Estado de Derecho. Por tanto, consideramos imprescindible un **compromiso de tolerancia cero con la ilegal contaminación acústica** producida por la emisión de música pregrabada o en vivo en estos locales que no están legalmente autorizados para ello.

La situación es tal, que en distintos lugares de nuestro país los tribunales han comenzado a reconocer y exigir responsabilidad penal en los supuestos más flagrantes en los que se evidencia una gravísima negligencia para combatir alguna de las situaciones que se generan con motivo de la contaminación acústica provocada por tales actividades.

Tal ha sido, entre otros, el caso de la conocida Sentencia número 1091/2006, de 19 de octubre, del Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª), la posterior Sentencia número 77/2007, de 18 de mayo de 2007, de la Audiencia Provincial de Badajoz (Sección 1ª), cabe también citar la más reciente Sentencia número 222/2013, de 10 de mayo de 2013 de la Audiencia Provincial de Cáceres (Sección 2ª) y, finalmente, hay que hacer mención también a la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, de 15 de mayo de 2014.

A la vista de todo ello, hemos remitido la resolución a todos los ayuntamientos de Andalucía, formulándoles Recordatorio de sus deberes legales para aquellos que están autorizando, o tolerando, el ejercicio ilegal de estas actividades. También hemos formulado Recomendación para la adopción de medidas tendentes a acabar con esta situación, al mismo tiempo que se les ha informado de las responsabilidades civiles, administrativas y, desde luego, penales, en las que pueden incurrir de acuerdo con una, ya, consolidada jurisprudencia.

01.VIII.2.1.2

Otros emisores acústicos que generan contaminación

Aunque hemos dedicado un extenso comentario a los efectos de la contaminación acústica provocada por el ruido generado por establecimientos de hostelería y su entorno, habida cuenta de que sus efectos se sienten, de manera singular e individualizada, en las personas que residen en su vecindad y, de manera especial, cuando esta contaminación tiene lugar en horario nocturno, sin embargo, a nivel global, la principal fuente generadora de contaminación acústica es el tráfico rodado provocado por vehículos a motor. Probablemente en torno al 80 % del ruido que soportamos tiene su origen en estos emisores.

Sin embargo, prácticamente nadie presenta una queja motivada por esta causa, pues parece que tenemos asumido que es una consecuencia del desarrollo y, especialmente, del que ha tenido lugar en nuestras ciudades. Asimismo, es cierto también que al llegar la noche, salvo en lugares puntuales, el ruido disminuye. Se trata de un asunto sobre el que posteriormente volveremos al tratar de la calidad del medio ambiente urbano, pero aquí queremos dejar constancia de este hecho.

Ahora bien, hay otros emisores que también provocan las quejas de la ciudadanía y que vamos a comentar a continuación, sin que las Administraciones Públicas en general ofrezcan soluciones a quienes se ven forzados, por razón de su lugar de residencia, a soportarlos.

Dicho de otro modo, la percepción de los efectos de la calidad de vida, la protección de la salud y la vulneración de diferentes derechos constitucionales por esta causa no parece ser percibida por las autoridades locales cuando deciden ubicar, o autorizar, actividades en determinados lugares cuando reciben denuncias por esta causa.

Tal fue el caso de las molestias que producen instalaciones y pistas deportivas que han dado lugar a la presentación de alguna queja. Podemos citar, como ejemplo, la [queja 13/4362](#) que tramitamos por los ruidos y otra serie de molestias que sufre en su domicilio una vecina de Matalascañas (Almonte, Huelva)



por la instalación, frente a su domicilio, de una pista de skate, sin cerramiento y que, por tanto, está abierta al público durante las veinticuatro horas del día.

En concreto, la interesada manifestaba que esta pista es habitualmente frecuentada en horas de descanso no sólo para desarrollar actividades propias de esta modalidad deportiva y de ocio, sino también para albergar botellones hasta altas horas de la madrugada. De esta forma, los vecinos tienen que soportar ruidos, por lo que, a su juicio, la única solución a esta problemática sería el vallado o cierre del recinto y la regulación de su horario de uso, tal y como había solicitado al Ayuntamiento en un escrito presentado en agosto de 2012, que al parecer no había sido respondido.

Ante tales hechos y tras la valoración de la información recibida formulamos al Ayuntamiento de Almonte, entre otras, Recomendación para que a la mayor brevedad posible y previos los trámites legales oportunos, se adoptaran las pertinentes normas municipales de uso de esta pista de skate, fijando horario de apertura y cierre, así como las medidas de vigilancia o inspección que garantizaran su cumplimiento, así como para que se hiciera un seguimiento de las medidas que, en su caso, se adoptara a fin de garantizar su plena ejecución. También formulamos Sugerencia para que, durante el horario de funcionamiento normal de esta pista de skate y con una afluencia de usuarios que pudiera considerarse habitual, se realizara una medición acústica para determinar si los ruidos generados por el desarrollo de las actividades para las que está destinada genera niveles de contaminación acústica por encima de los límites establecidos y, en consecuencia, para determinar si, adicionalmente, sería procedente la adopción de medidas correctoras del ruido, todo ello de conformidad con lo establecido en el Decreto 6/2012, de 17 de enero, de Protección contra la Contaminación Acústica en Andalucía.

En el supuesto de la [queja 13/5714](#), lo que se denunciaba eran las molestias que padecía la residente en el municipio sevillano de La Luisiana, que debido a la construcción de una pista municipal de paddel, colindante con su vivienda, venía sufriendo diversas molestias por ruidos, pelotas que caían en la misma, etc., agravadas especialmente por que la pista estaba abierta las 24 horas sin vigilancia.

Aunque el Ayuntamiento nos dio cuenta de que había mantenido reuniones con el marido de la reclamante para intentar buscar una solución, lo cierto era que el uso de las pistas se realizaba a cualquier hora, por lo que, formulamos Recomendación al citado Ayuntamiento significando que la única forma de lograr esta coexistencia armoniosa en el ejercicio de dos competencias municipales, la de la promoción del deporte y la de lograr un medio ambiente urbano protegido contra la contaminación acústica, era el cerramiento de la pista de paddel objeto de la queja y la implantación de unas normas de uso y un horario de apertura y cierre.

En este supuesto, el Ayuntamiento de La Luisiana no atendió a nuestra resolución.

Por el contrario, sí lo hizo el Ayuntamiento gaditano de Barbate en el caso de la queja 14/899, en la que acudió a esta Institución una comunidad de propietarios exponiendo que en los locales comerciales de los bajos de los edificios, se había instalado un gimnasio, autorizado por la comunidad, siempre que adecuara correctamente sus instalaciones.

El mencionado gimnasio abrió sus instalaciones sin contar con la preceptiva licencia municipal de apertura, ni haber adecuado el local (como por ejemplo, insonorizar el mismo, no contaba con vestuarios ni baños, etc.). Intentaron requerir a la propiedad del local su arreglo de forma amistosa, pero finalmente tuvieron que denunciar la situación al Ayuntamiento de Barbate en mayo de 2013. Tras las actuaciones realizadas, el Ayuntamiento nos comunicó que había procedido a clausurar la actividad.

Otro ejemplo en el que el Ayuntamiento dictó una orden de clausura es el de la [queja 13/3241](#) en la que el interesado denunciaba la pasividad, o inactividad, del Ayuntamiento de Cantillana (Sevilla) ante sus denuncias por las molestias que venía sufriendo en su domicilio a causa de la instalación de una churrería en el patio de la vivienda colindante.

En esta queja formulamos Recomendación y como respuesta, conocimos que el Ayuntamiento de Cantillana había dictado orden de clausura de la churrería ilegal y que la Policía cerró y clausuró dicho establecimiento.



En fin, tramitamos la [queja 11/5031](#) en la que se denunciaba los ruidos de un garaje de autobuses cercano a su domicilio. Como respuesta a nuestra Recomendación, el Ayuntamiento de Umbrete (Sevilla) nos dio cuenta de una Resolución por la que se instaba a la empresa propietaria de los autobuses cuyo tránsito generaba elevados ruidos al paso por la vivienda, a que en el plazo de tres meses se trasladara a otro lugar. Además, el Ayuntamiento estaba tramitando el cambio de ubicación de los garajes de autobuses que, instalados en un lugar incompatible con el planeamiento, generaban los ruidos que el interesado había denunciado. Con ello, entendimos que se había aceptado nuestra resolución y dimos por concluidas nuestras actuaciones.

01.VIII.2.2 Sanidad y salubridad animal

La [queja 13/2246](#) se tramitó a instancias de un vecino del municipio sevillano de Olivares por su denuncia de que su familia llevaba dos años aproximadamente sufriendo grandes molestias por ruidos y malos olores provocados por aves y perros que, al parecer en un número considerable, se ubicaban en dos viviendas de la citada localidad. Lo había denunciado al Ayuntamiento en varias ocasiones, sin obtener ni una sola respuesta, aportando los escritos que había presentado en el Consistorio en septiembre de 2011 y marzo y junio de 2012.

El Ayuntamiento, en este caso, respondió favorablemente a nuestra Recomendación para que se tramitaran expedientes sancionadores toda vez que la explotación no contaba con las autorizaciones previstas en la Ley de Gestión Integrada de la Calidad Ambiental, así como para que se exigiera la documentación acreditativa de la inspección de estos animales en el Registro correspondiente de la Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural conforme a la regulación de la Ley 11/2003, de Protección de los Animales de Andalucía.

Abrimos de oficio la [queja 14/341](#) cuando conocimos, distintos incidentes acontecidos en torno a un refugio para animales, propiedad de una asociación protectora de animales y plantas, radicada en el municipio sevillano de Bormujos, pero gestionado por una empresa privada. Los animales allí alojados presentaban una imagen de desnutrición, falta de higiene y, en general, abandono, impropia de los mínimos estándares de bienestar que fijan las leyes protectoras de los animales, inaceptable en una sociedad moderna y civilizada de acuerdo con los principios éticos en el tratamiento de los animales. Baste recordar que la propia Ley 11/2003, de 24 de noviembre, de Protección de los Animales (LPA) dice, en su Exposición de Motivos, que *"en las últimas décadas ha proliferado, en las sociedades más civilizadas, un sentimiento sin precedentes de protección, respeto y defensa de la naturaleza en general y de los animales en particular, convirtiéndose en un asunto de índole cultural que importa al conjunto de la ciudadanía"*.

Del informe de la Consejería de Justicia e Interior que recibimos se desprendía que había activado los mecanismos administrativos para determinar si, conforme a los hechos objeto de este asunto, era preciso ejercitar competencias, en su caso, sancionadoras, contra los titulares de estas instalaciones, por lo que dimos por concluidas nuestras actuaciones en el mismo, aunque interesamos de la citada Consejería que nos informaran del resultado de sus investigaciones y, en su caso, si finalmente iban a tramitar algún expediente sancionador.



01.VIII.2.3 Vertidos y residuos sólidos

La existencia de diversos puntos incontrolados de vertidos en los municipios andaluces ha provocado que la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz haya iniciado distintas actuaciones de oficio destinadas a que se proceda a la limpieza de estos espacios y se adopten medidas para prevenir que se continúen realizando estos comportamientos incívicos.

En este sentido, en 2014, en una línea de actuación que tendrá continuación en los próximos ejercicios, hemos abierto con frecuencia quejas de oficio ante la aparición de vertederos incontrolados que dañan el medio ambiente al contaminar, según los casos, tanto la riqueza hídrica de nuestras aguas, como el suelo, provocando, en otros supuestos, malos olores y riesgo de incendio, etc.

Tal fue el caso de la [queja 14/5109](#), iniciada al tener conocimiento de estos vertidos incontrolados en la ladera del Castillo del municipio sevillano de Alcalá de Guadaíra, o en la [queja 14/5032](#), que abrimos al tener conocimiento de la existencia de un vertedero ilegal en terrenos aledaños a la barriada hispalense de Padre Pío, aunque también afectaba a terrenos del municipio de Alcalá de Guadaíra.

A veces, ese abandono acontece en el propio suelo urbano, tal y como mostraban las noticias que decían que diversas calles y espacios públicos del municipio gaditano de La Línea de la Concepción presentaban un extraordinario aspecto de abandono y suciedad que sería incompatible con el estándar de limpieza, higiene y, en suma, calidad de vida ambiental.

Ante tales hechos, abrimos de oficio la [queja 14/4139](#), pues según las fotografías publicadas en distintos medios y fechas, ponían de manifiesto situaciones insostenibles en términos ambientales, como la gran acumulación de basuras sin recoger, deterioro de Acerados y calzadas, lagunas de aguas fecales en el barrio del Junquillo y el estado de abandono que presentaban diferentes calles de la zona de San Felipe y Bulevar, etc., aunque el Ayuntamiento entendía, a tenor del informe recibido, que la ciudad no presentaba estado de abandono ni suciedad, salvo momentos y zonas puntuales.

También llama la atención que en un municipio de Almería, como Roquetas de Mar, que posee una entidad de población en torno a 90.000 habitantes, que además crece ostensiblemente en el periodo estival, no se haya instalado un punto limpio para atender las necesidades de depósito y, en su caso, reciclaje de los residuos sólidos que habitualmente la población deposita en estos lugares. Por ello abrimos de oficio la [queja 14/3586](#), con objeto de conocer los motivos por los que no se había ejecutado un acuerdo plenario, adoptado por unanimidad de todos los grupos políticos, para la implantación de un punto limpio, aunque a fecha de cierre de este Informe Anual aún no se había recibido la respuesta.

En fin, también tenemos que dar cuenta de la [queja 14/4135](#), que abrimos de oficio cuando conocimos la existencia de diversos puntos incontrolados de vertidos en los que se depositaban residuos de distinta naturaleza en el entorno de la ciudad de Jaén, en cuyas inmediaciones –siempre según las noticias a las que tuvo acceso esta Institución– se podían observar los escombros, neumáticos o utensilios domésticos, unidos a plásticos y envases, en una treintena de vertederos en los que los ciudadanos depositaban sus desechos inorgánicos sin control alguno, aumentando, además, el riesgo de contaminación debida a la cercanía de algunos de estos enclaves a cauces naturales. En esta queja, dimos por concluidas nuestras actuaciones al considerar que con las medidas anunciadas por el Ayuntamiento se lograría la solución del problema, sin perjuicio de que, tal y como proponía, como medida de carácter general y a modo de prevención, se diera una mayor publicidad a la existencia del punto limpio en la ciudad.

Por último, nuestra preocupación por esta cuestión nos ha llevado a abrir de oficio la [queja 14/2497](#) en la que nos hemos dirigido, a través de un sencillo cuestionario, a todos los municipios andaluces de más de 2.000 habitantes para conocer en qué situación se encuentra la recogida de aceites domésticos usados en Andalucía pues según la previsión contenida en el Decreto 397/2010, de 2 de noviembre, por el que se aprobó el Plan Director Territorial de Residuos no Peligrosos de Andalucía 2010-2019, que fijó



la obligatoriedad de estas instalaciones para todos los municipios de más de 5.000 habitantes en 2015, completándose la infraestructura para municipios de más de 2.000 habitantes antes de 2019.

En este apartado también podemos incluir la [queja 13/4680](#), que abrimos de oficio cuando conocimos, la existencia de un solar en Jerez de la Frontera (Cádiz) cuyo estado de abandono desde hacía años y acumulación de basuras y escombros estaba generando diversos problemas a los vecinos más cercanos. En el solar en cuestión, situado en la Plaza de las Cocheras, esquina con calle Florida, se había agravado los malos olores de la basura. Esta problemática se trasladó en diversas ocasiones a los responsables de Urbanismo del Ayuntamiento, sin que se hubiera adoptado determinación alguna para darle solución, dentro de las competencias legales que para ello ostenta el Ayuntamiento.

Por otra parte, parecía que se había dado últimamente en este solar una importante acumulación de gatos que hacían sus necesidades en el lugar. Dichos gatos, al parecer, vendrían atraídos por la comida que algunas personas les dejaban en el solar, atrayendo cada vez a un número más importante de animales, que a su vez atraían a ratas e insectos, coadyuvado esto último además por la basura acumulada.

Por último, también se hacía mención a que la fachada de este solar estaba apuntalada de forma deficiente, según la opinión de los vecinos, circunstancia que también parecía que se había puesto en conocimiento de los responsables de Urbanismo.

Tras dirigirnos al Ayuntamiento y después de recibir varios informes de éste, dimos por concluidas nuestras actuaciones al conocer que se había revisado la zona y se habían adoptado las medidas que procedían para garantizar la seguridad de las personas, que era lo que se pretendía con esta actuación de oficio.

01.VIII.2.4

Vertido de aguas residuales urbanas. Vertido Cero

Una de las grandes líneas de actuación de esta Institución en este ejercicio ha sido el seguimiento del objetivo de la Directiva 2000/60/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de octubre de 2000, que establecía el horizonte del año 2015 para conseguir *"el buen estado ecológico"* de todas las aguas europeas, tal y como recuerda la Exposición de Motivos del Acuerdo de 26 de octubre de 2010, del Consejo de Gobierno, por el que se declaran de interés de la Comunidad Autónoma de Andalucía determinadas obras hidráulicas destinadas al cumplimiento del objetivo de la calidad de las aguas de Andalucía (BOJA núm. 219, de 10 de noviembre de 2010).

Esta Institución, aunque comprende las dificultades de financiación del sector público, no sólo está actuando de oficio sino también, admitiendo quejas a instancia de parte por la inejecución de las infraestructuras previstas para este fin. Esto por cuanto consideramos muy importante conocer qué está aconteciendo y qué previsiones hay respecto del programa de actuaciones inicialmente previsto, a fin de que en el año 2014 podamos ultimar el seguimiento y valoración de la situación, dando cuenta al Parlamento de Andalucía del resultado de nuestras actuaciones.

Por este motivo, hemos tramitado distintas quejas tanto a instancia de parte como de oficio en este ejercicio. Tal fue el caso de la [queja 13/1189](#), en la que el interesado denunciaba que en el municipio granadino de Atarfe se podrían estar produciendo vertidos contaminantes por aguas fecales o residuales sin depurar, pese a la obligación existente en este sentido impuesta por la normativa comunitaria, estatal y autonómica.

Asimismo, nos trasladaba que el Ayuntamiento de Atarfe, junto con otros municipios, mediante acuerdo plenario del año 1997 había delegado *"las competencias de cualquier índole que la legislación vigente atribuye"*



al Ayuntamiento en lo relativo a los servicios de abastecimiento de agua, saneamiento y depuración de aguas residuales, así como todos los que se integran en el Ciclo Integral del Agua en el Consorcio para el Desarrollo de la Vega-Sierra Elvira, que posee carácter de Administración Pública, quien aceptó la delegación y que, desde el año 1998, presta los referidos servicios a través de una empresa de capital mixto denominada Aguas Vega Sierra Elvira, S.A., la que ostenta la condición de concesionaria del servicio, contemplándose en sus Estatutos (BOJA 34, de 28 de julio de 1998) su objeto consistente en el abastecimiento de agua, el saneamiento y la depuración de las aguas residuales. La citada concesionaria gestiona el cobro del canon autonómico de depuración, el cual queda incorporado en las facturas bimestrales que emite sobre cobro por los servicios de suministro de agua y evacuación de saneamiento (y basuras), así como en concepto de vertidos".

En definitiva, lo que se denunciaba era el incumplimiento, por parte de la actual Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, de las previsiones de ejecución de infraestructuras para que este municipio pudiera depurar sus aguas residuales, por lo que le formulamos a la Viceconsejería, Recomendación para que se adoptaran las medidas oportunas para su cumplimiento. Como respuesta, nos ha remitido informe del que se desprende, a nuestro juicio, que es poco probable que las infraestructuras de saneamiento que motivaron la queja, pese a haber sido incluidas dentro del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 26 de octubre de 2010, por el que se declaró de interés de la Comunidad Autónoma la ejecución de una serie de obras hidráulicas, vayan a estar ejecutadas para 2015, fecha marcada por la Unión Europea, que era el objetivo de tal inclusión a tenor de la propia Exposición de Motivos del Acuerdo que comentamos.

Aunque también es verdad que del informe se desprendía que, al menos, las infraestructuras que afectan a vertidos producidos en el municipio granadino de Atarfe, que motivaron esta queja, está previsto que se ejecuten en la primera fase de las actuaciones que se van a llevar a cabo asociadas al proyecto "Agrupación de Vertidos Norte a la EDAR Los Vados". Por tanto, esperemos que, al menos a medio plazo, estas infraestructuras se ejecuten, aunque lamentamos no poder tener una mayor certeza sobre este asunto.

De acuerdo con todo ello, esperamos, y deseamos, que en todo caso el saneamiento y depuración de las aguas residuales en esta zona sea pronto una realidad respecto de éste y de los demás proyectos que se mencionaban en el informe, habida cuenta de que poseen entre sí tales proyectos un carácter de complementariedad.

Por tanto, creemos que, no obstante las limitaciones presupuestarias, esta problemática debía considerarse, desde un punto de vista ambiental, social y legal, prioritaria, al existir y haber asumido la Comunidad Autónoma una obligación «ex lege» y así se lo hemos dicho a la Consejería. En todo caso, aunque dimos por finalizada nuestras actuaciones, solicitamos que, llegado el momento, se nos informara de la adjudicación de la correspondiente obra pública a fin de poder hacer un seguimiento de la planificación aprobada.

En el supuesto de la [queja 13/4542](#), la misma se tramitó a instancias del Ayuntamiento de Doña Mencía (Córdoba), con motivo de las circunstancias que rodean al funcionamiento de la Estación Depuradora de Aguas Residuales (EDAR) de la citada localidad. En este sentido, según el relato de hechos y circunstancias que nos llegó con motivo de una moción aprobada por el Pleno del Ayuntamiento de la localidad, la EDAR de Doña Mencía, cuya construcción fue fruto del convenio de colaboración suscrito en junio de 2004 entre la Consejería de Medio Ambiente y la Diputación Provincial de Córdoba, entró en funcionamiento en periodo de pruebas en el mes de julio de 2008, siendo finalmente recepcionada por EGMASA en fecha de 31 de marzo de 2009, a partir de la cual comenzó un periodo de garantía de dos años. EGMASA, a su vez, la cedió a la Diputación Provincial de Córdoba a través de EMPROACSA, entidad que asumiría su explotación y conservación de acuerdo con el convenio suscrito. Pese a su entonces reciente construcción, casi desde el principio, la EDAR de Doña Mencía presentó deficiencias en la red de colectores. Además, las fuertes lluvias del año 2010 habrían contribuido a deteriorar aún más los colectores en distintos tramos y a imposibilitar que las aguas residuales llegaran hasta la estación.

Después de una larga y compleja tramitación, en la que la Diputación Provincial de Córdoba consideraba que la responsabilidad para subsanar estas deficiencias era de la Consejería de Medio Ambiente y



Ordenación del Territorio y después de que realizáramos distintas actuaciones, entre la que destacamos la Sugerencia que formulamos a ambos organismos, la Consejería nos comunicó que en mayo de 2014 se había incluido en la programación del año 2014 la redacción de un anteproyecto o estudio básico, por importe de 42.720,50 euros, en aras a determinar un nuevo trazado para el futuro colector en sustitución del dañado en la EDAR de Doña Mencía.

Asimismo, también nos informaba la Consejería que con fecha de 24 de marzo de 2014 tuvo lugar una reunión entre los técnicos del Ayuntamiento de Doña Mencía y los de la Agencia de Medio Ambiente y Agua para definir ese nuevo trazado, por lo que consideramos que el asunto objeto de esta queja, aunque en fase inicial, podría encontrarse en vías de solución.

Especial significación tiene, por la entidad de su planteamiento, la queja 13/2292, en la que el representante de un foro ciudadano (en el que estaban representadas 36 asociaciones profesionales, sindicales y de varias instituciones y Ayuntamientos), preocupado por la situación de las infraestructuras de saneamiento de la Costa del Sol malagueña.

En una entrevista que mantuvieron los representantes del foro ciudadano con el titular de la Institución mostraron su preocupación por las dilaciones que se estaban produciendo en la ejecución de los sistemas de depuración, lo que estaba impidiendo que, hasta aquel momento, no se hubiera llevado a cabo el Plan de Saneamiento Integral de la Costa del Sol y más, concretamente, que se consiguiera el objetivo de "vertido cero" en el litoral ni, probablemente, en 2015.

Respecto de la información que motivó, fundamentalmente, la tramitación de esta queja, sobre el grado de ejecución de las infraestructuras a fin de garantizar, para 2015, el "Vertido cero" en el litoral de Málaga, nos decían que al haberlas declarado de interés general del Estado, no disponían de información oficial al respecto, por lo que no podían informarnos sobre este particular.

En todo caso, considerando esta Institución de gran interés esta información, dimos traslado de estas respuestas a la Defensoría del Pueblo de las Cortes Generales con objeto de que solicitara información pormenorizada sobre la ejecución de las mencionadas infraestructuras por parte de la Administración General del Estado.

Ello por cuanto nos decían en el informe que todas las obras que se refieren a la Costa de Málaga han sido declaradas de Interés General del Estado y que esa declaración no se ve afectada por su inclusión en el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 26 de octubre de 2010, que declaraba determinadas obras de interés de la Comunidad Autónoma (que aparece recogida en el BOJA núm. 219, de 10 de noviembre de 2010).

Por tanto, entendimos que en lo que concierne a las infraestructuras objeto de la queja, aunque hay algunas obras incluidas en este Acuerdo de 26 de octubre de 2010 situadas en el litoral de Málaga, pese a haber sido declaradas de interés de la Comunidad Autónoma, su ejecución correspondería al Estado, por lo que trasladamos toda la información a la Defensora del Pueblo de las Cortes Generales. Como ya hemos dicho en la introducción de este subcapítulo, a fecha de cierre de este Informe Anual se ha recibido la respuesta de la Defensora del Pueblo en el que nos dice que, en virtud del informe recabado del Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente, *"se deduce que el Ministerio no permanece pasivo ante el problema denunciado, existe interés en conseguir un vertido cero y ahora falta que las Administraciones (estatal y autonómica) concreten en el Protocolo de Colaboración, que aún no ha sido suscrito, los plazos y actuaciones prioritarias a realizar"*.

Finalmente, respecto de las infraestructuras cuya ejecución sí corresponde a la Comunidad Autónoma, nos dice que se está llevando a cabo un estudio pormenorizado a fin de priorizar las inversiones en función del interés general. Sobre esta reflexión nada tenemos que decir sino esperar, y desear, que, en todo caso y aunque parezca muy complicado, nuestra Comunidad Autónoma pueda cumplir el objetivo marcado por la reseñada Directiva.

En cualquier caso y a efectos de futuras actuaciones, tratándose de una cuestión de suma trascendencia en lo que concierne a la protección y tutela del derecho constitucional y estatutario a un medio ambiente



adecuado, por parte de esta Institución y con independencia de la tramitación de estas quejas, continuaremos insistiendo en todas aquellas que nos lleguen de las que se desprenda que se han producido, o han tenido lugar, dilaciones u otras disfuncionalidades en la ejecución de estas infraestructuras de saneamiento a fin de velar por el cumplimiento del objetivo, tantas veces citado en este escrito, de “vertido cero”.

01.VIII.2.5 Contaminación atmosférica

De la misma forma que ocurre con la contaminación acústica, el tráfico rodado de vehículos a motor es el principal agente contaminante atmosférico, originado por la combustión, sobre todo de gasoil y gasolina; es decir, combustibles fósiles que desprenden distintos tipos de gases que provocan efectos en la salud pero, también, otro tipo de consecuencias como el denominado efecto invernadero, provocado por el dióxido de carbono.

En este ejercicio queremos dedicar esta parte del Informe Anual a resaltar la cuestión suscitada en el municipio jiennense de Martos y por el que abrimos de oficio la [queja 14/3700](#), aunque posteriormente se dirigieron en queja a esta Institución 66 ciudadanos de la misma planteando esta cuestión, cuya tramitación agrupamos a la citada queja de oficio.

Esta Institución había tenido conocimiento, a través de las redes sociales y medios de comunicación, que existía una gran preocupación en un sector de la población del citado municipio por las emisiones a la atmósfera que generaba una empresa orujera, situada en las proximidades. Las fotografías publicadas en redes sociales mostraban que, efectivamente, al menos la apariencia era que la mencionada planta generaba emisiones de gran entidad que provocaban, incluso, “neblina” en el municipio. Los ciudadanos que nos habían enviado sus denuncias y fotografías a nuestro perfil de facebook solicitaban “ayuda para conocer el contenido de las emisiones que produce la orujera “...” y que envuelven nuestra ciudad en una nube irrespirable”.

Tras dirigirnos a la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, conocimos que su Delegación Territorial en Jaén había realizado mediciones de emisiones en esta industria en marzo y abril de 2012, y de calidad en aire en el pueblo en marzo y abril de 2013, ambas en plena campaña de procesado del orujo, resultando que en la primera de esas mediciones los secaderos no presentaron superaciones de los límites establecidos, aunque sí la caldera de vapor, superación ésta que se había eliminado tras la adopción de medidas correctoras y de mantenimiento por parte de la empresa a requerimiento de la Consejería.

Respecto de la calidad del aire en el núcleo urbano de Martos, la última campaña de medición, realizada por una unidad móvil, fue en febrero y marzo del 2013 y en ella, de acuerdo con el informe emitido, no se constató superación de ningún valor límite legislado, aunque no obstante sí que se detectaron valores algo elevados de benzo(a)pireno, aunque no se podía afirmar que hubiera superación del valor objetivo ya que debía evaluarse durante un año completo.

Además, se desprendía del informe que la responsabilidad de esos niveles de benzo(a)pireno no se podía asignar a la orujera, existiendo índices fundados de que podían proceder de las instalaciones domésticas de combustión de biomasa para calefacción, aunque no obstante la Delegación Territorial en Jaén iba a iniciar una nueva campaña de medición en los días siguientes a enviarnos su informe. Por otro lado, nos decían que en lo que corresponde a los posibles riesgos para la salud, era la administración sanitaria la que debía pronunciarse, si bien al no superar los límites legales debía entenderse que no existía riesgo, o no era elevado.

Asimismo, según el mencionado informe, la empresa está sometida a autorización ambiental unificada emitida el 1 de marzo de 2011, que se encuentra a disposición del público en la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, así como que iban a requerir a la empresa el estudio oftalmométrico especificado en la Autorización Ambiental Unificada, aunque los datos meteorológicos de estaciones próximas indicaban



que eran la ausencia de vientos, situaciones atmosféricas estables o la existencia de inversiones térmicas en la atmósfera las que en determinadas épocas del año no favorecían la deseable dispersión de contaminantes y que se iba a revisar próximamente las condiciones de emisión de contaminantes que la normativa impone a instalaciones como la orujera de Martos, lo cual supondría una reducción importante de las emisiones permitidas. Ello no obstante, este proceso aún estaba en fase inicial y, una vez modificada la normativa, habría que ver en qué términos y plazos se aplicaba a las instalaciones que ya están en funcionamiento.

Pese a ello y dado que se estaban recibiendo más quejas por estos hechos en esta Institución, nos decidimos a interesar un nuevo informe sobre este asunto y se trasladó a la citada Consejería la necesidad de valorar otras alternativas de actuación a fin de lograr un nivel de emisiones a la atmósfera que no implicara alerta entre la ciudadanía y mantuviera un nivel de calidad mínimo de aire respirable tanto en su composición como en lo que respecta a los olores. En este sentido, en su último informe la Consejería nos trasladaba que no podían aportarnos el estudio oftalmométrico ni los resultados de la medición atmosférica, ya que se estaban realizando en esos momentos.

Por último, también nos hemos dirigido al Ayuntamiento de Martos para hacerle conocedor de las nuevas quejas que hemos recibido sobre la persistencia de la situación de las emisiones de la orujera, a fin de que por su parte y dentro del marco de competencias legales que tiene encomendadas, se valore la procedencia de adoptar cuantas medidas sean oportunas, ante la fábrica y ante la propia Consejería, en pro de la defensa y garantía de un medio ambiente y calidad de vida adecuados para la ciudadanía de Martos. A la fecha de cierre de este Informe Anual continuamos nuestras actuaciones en esta queja.

01.VIII.2.6 Medio ambiente urbano

Las políticas públicas destinadas a la mejora del medio ambiente urbano tienen un doble objetivo; de un lado, en origen, disminuir los efectos nocivos de la acción de los seres humanos sobre el medio ambiente a nivel global, pues no existe ninguna duda sobre la incidencia que determinadas actividades, que tienen lugar en nuestras poblaciones, tienen en el deterioro del medio ambiente y afectan a la salud de personas, animales y plantas, como incidir, según las características de los gases, en el calentamiento global, la reducción de la capa de ozono, etc.

De hecho, aunque del funcionamiento de las industrias deriva la emisión de una serie de sustancias contaminantes, es en las ciudades donde muy probablemente se generan los mayores porcentajes de emisión cuyas sustancias son transportadas por el aire y contaminan todo el territorio. Y qué decir de la contaminación lumínica, acústica, de los vertidos sólidos y de los que se producen en el agua.

Conscientes de ello, con motivo del Informe Especial que hemos presentado al Parlamento de Andalucía sobre **Seguridad, Accesibilidad y Calidad Ambiental en los Espacios Peatonales de las Ciudades Andaluzas**, hemos propuesto un cambio del modelo en la forma de concebir nuestras ciudades, sobre todo en lo que se refiere a la movilidad pero, también, en otros aspectos.

Pero decimos que la acción para mejorar el medio ambiente tiene también otro objetivo y es la mejora de la calidad de vida de nuestras ciudades pues, evidentemente, además de la mejora de nuestra salud, la disminución de los efectos contaminantes mencionados hace que nuestras ciudades sean más agradables, silenciosas, aptas para los desplazamientos a pie y para el disfrute del espacio físico, ofreciendo oportunidades para el deporte, etc.

A la vista de ello, esta Institución ha propuesto una serie de medidas destinadas directamente a la mejora de la calidad ambiental en el medio urbano y, entre ellas, podemos destacar las siguientes:



- En cuanto a la contaminación atmosférica, hemos propuesto que se confeccionen planes para la reducción de la emisión de gases de los vehículos motorizados a fin de disminuir el aumento de gases de efecto invernadero, así como que se fomente e impulse, de manera real y efectiva, el uso de medios de transporte que supongan una clara apuesta por la movilidad sostenible, como son el transporte público colectivo (autobús, tranvía, metro, etc.), los desplazamientos a pie y en bicicleta, así como que se fomenten otros modelos de transporte como el uso de vehículos compartidos, eléctricos, etc. Ni que decir tiene que ello no será posible sin la incorporación de las TIC para monitorizar toda esta información.
- Respecto de la contaminación acústica, además de las medidas mencionadas a lo largo de este Informe Especial, destinadas a disminuir la contaminación acústica provocada en locales de hostelería, hemos sugerido que:
 - A.** Se aprueben planes efectivos de acción contra el ruido, destinados a disminuir, de manera ostensible, sus niveles en aquellos espacios o recorridos en los que el tráfico rodado genera un amplio impacto acústico. Asimismo, es muy necesario controlar las emisiones acústicas que están sometiendo a la población a un impacto continuo que no debiera soportar, producidas por locales de hostelería y su entorno.
 - B.** Con carácter especial y dirigido a disminuir la emisión de ruidos causados por la movilidad urbana, siendo así que también tiene efectos directos en la eliminación de la contaminación atmosférica, creemos que es muy necesario que se disminuyan los límites de velocidad en amplias zonas de las ciudades a 30 Km/h, lo que, a su vez, fomentará que se utilice menos el transporte privado motorizado, y que se fomenten los espacios en los que se limite, o prohíba, la circulación del tráfico motorizado sin perjuicio de las exigencias que, en su caso, sea necesario crear para servicios públicos, residentes, etc.
 - C.** Se inicien campañas de sensibilización, destinadas a la población, sobre la necesidad de conseguir el objetivo de la Unión Europea de reducir, para antes de 2020, en 10 decibelios la contaminación acústica producida por el tráfico rodado.
- En el ámbito de la contaminación visual, carece de sentido que se apruebe una normativa extraordinariamente restrictiva y controladora a la hora de supervisar intervenciones arquitectónicas y, al mismo tiempo, que exista una inexplicable pasividad a la hora de cuidar la calidad ambiental de nuestras ciudades cuando se ven gravemente afectadas por este tipo de instalaciones y los gobiernos municipales no realizan actuación alguna para impedirlo.

Por ello, formulamos Sugerencia a los ayuntamientos para que, ya sea en las propias normas del planeamiento y/o a través de las ordenanzas, según se considere más oportuno, se incluyan normas para impedir y suprimir el daño ya causado en el medio ambiente urbano y/o en el patrimonio histórico de nuestras ciudades.

En este sentido, no se puede obviar que la Ley de Patrimonio Histórico de Andalucía, preocupada por la contaminación visual existente en nuestro patrimonio, contiene varias normas destinadas a su "descontaminación visual". A la vista de ello, hemos formulado Recordatorio del deber legal de que los Ayuntamientos y las empresas privadas observen estos preceptos.

Por último, queremos hacer mención a los déficits democráticos que hemos verificado, que han estado, y siguen estando, presentes en la toma de decisiones del modelo de ciudad: la ausencia de la perspectiva de género a la hora de afrontar estas políticas y la escasa, casi nula, participación de la ciudadanía en la implantación y diseño del modelo de ciudad.

Por ello, hemos propuesto que en el marco jurídico establecido por los arts. 9 y 14 CE; 15, 16, 35, 73, 105.2, 114 y 208 del Estatuto de Autonomía para Andalucía y sus normas de desarrollo, singularmente la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía, se dicten cuantas medidas sean necesarias para garantizar la participación de la mujer y la presencia de la perspectiva de género en el planeamiento urbanístico, las estrategias de movilidad y las distintas políticas sectoriales que incidan en la configuración de las ciudades.



Finalmente, en lo que concierne a la participación de la ciudadanía en la implantación y diseño de los espacios peatonales, hemos sugerido que, desde los Ayuntamientos, se adopten posiciones reales de «open government» destinadas a facilitar la participación y codecisión, que debe descansar, sin perjuicio de otras vías de participación, en dos pilares imprescindibles: un escenario de «government 2.0» que facilite la participación de las redes sociales y un compromiso claro con el «open data», que permita poner a disposición de la ciudadanía toda la información que los gobiernos locales posean sobre movilidad, itinerarios peatonales, espacios públicos, localización, mobiliario urbano, políticas de medio ambiente, etc.

01.VIII.3

Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones

...

- [Queja 14/3190](#), dirigida a la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, relativa a los depósitos de residuos que han dado lugar a las denominadas balsas de fosfoyesos.

...

CAPÍTULO 01.IX MENORES

01.IX.2.6

Menores con necesidades especiales

En este apartado nos referiremos, en primer lugar, a los menores adolescentes por considerar que la casuística de algunos de ellos difiere del resto de los menores objeto de protección. El momento evolutivo en el que se encuentran, la cronificación de sus carencias ambientales y afectivas, así como las posibles patologías psicológicas encubiertas, constituyen un conjunto de circunstancias que hacen más difícil su tratamiento y recuperabilidad.

En la queja 14/1686 una adolescente nos manifestaba que la relación con sus padres no era buena, que no comprendían sus inquietudes y sentimientos, y que las dificultades y conflictos eran constantes. Por dicho motivo solicitaba nuestra intervención para lograr su emancipación.

En respuesta a la adolescente le informamos sobre lo establecido en la legislación civil, pero en cualquier caso orientamos la solución de su problema hacia cauces menos traumáticos, especialmente le aconsejamos la posibilidad de instar un procedimiento de mediación familiar, el cual viene mostrando resultados muy satisfactorios en supuestos de crisis intergeneracional, proporcionando a padres e hijos adolescentes cauces para expresar sus respectivas posturas y encontrar soluciones consensuadas.

Respecto de la atención dispensada a un adolescente con trastorno de conducta tramitamos la [queja 13/6696](#).

Los padres se mostraban desesperados ante los nulos avances de su hijo en el tratamiento que venía recibiendo en la unidad de salud mental infanto juvenil (USMIJ) a la que acudía y es por ello que solicitaron que fuese atendido en la USMIJ de otro hospital, siendo desestimada su solicitud. Tras analizar la queja



consideramos erróneo el criterio empleado por la Administración sanitaria para desestimar la petición efectuada por los padres en tanto que el Decreto 128/1997, regulador de la libre elección de especialista u hospital no excluye de su ámbito de aplicación a la salud mental. Por otro lado, la petición efectuada por los padres no podía considerarse caprichosa, o carente de sentido.

Su petición para que fuese atendido en diferente hospital se basaba en la negativa evolución de su hijo a pesar del tiempo en que venía recibiendo terapia en la unidad especializada del hospital, llegando al punto de mostrar el menor rechazo a continuar con la terapia e incluso recibir los padres el reproche de los facultativos especialistas de mostrar poca colaboración en la terapia prescrita para su hijo.

Al ser absolutamente indispensable una recíproca confianza entre médico y paciente, en este caso entre un paciente en edad adolescente, sus padres, y el personal facultativo especialista en salud mental, la pérdida de dicha confianza por el menor le había llevado a mostrar una actitud de rechazo a todo tratamiento, existiendo además diferencias de criterios entre los padres y los profesionales que lo atienden, lo cual por razones obvias repercutía de forma negativa en los resultados que serían deseables de la atención sanitaria especializada que viene recibiendo.

Por todo lo expuesto formulamos una Recomendación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultado en Salud, del Servicio Andaluz de Salud, para que se garantizase el derecho a la protección de salud del menor, facilitándole la atención sanitaria especializada solicitada por sus padres en ejercicio del derecho a libre elección de especialista u hospital. Dicha Recomendación fue aceptada por la aludida Dirección General.

01.IX.2.7 Vulneración de otros derechos

...

Destacamos también las actuaciones realizadas en la queja 14/442 en la que se denunciaba la existencia de una página web que fomentaba o favorecía conductas de anorexia y/o bulimia, dirigida de manera especial a adolescentes. Tras efectuar las pertinentes comprobaciones, constatamos que en dicha página web aparecían imágenes y textos alusivos a tales desórdenes alimentarios, facilitando o promoviendo conductas de riesgo entre personas menores de edad especialmente vulnerables, conculcándose con ello su derecho a recibir especial protección.

A este respecto, se ha de tener presente que el vigente Código Penal de España no contempla una figura delictiva que específicamente recoja la apología, o fomento de tales conductas, a pesar de su potencial efecto pernicioso para la salud y estabilidad emocional de las personas que pudieran verse afectadas, mucho más tratándose de menores de edad, en algunos casos con riesgo incluso para su vida.

Viene al caso que aludamos a un estudio presentado por la asociación Protégeles en el congreso nacional sobre anorexia y bulimia en internet, celebrado en mayo de 2005, en el que señalaba que la cronificación de la anorexia se producía en un 20-25% de las personas diagnosticadas. La mortalidad se daba aproximadamente en un 5,9% de los casos, de los cuales un 27% como consecuencia de actos autolesivos (200 veces más frecuente que en la población general).

Es por ello que consideramos que ante la gravedad de los hechos que relatamos, la conducta que realiza quien aloja y publicita dichos contenidos en internet no puede ser pacíficamente asumida por las instituciones públicas que tienen el mandato constitucional de protección integral de los hijos, gozando éstos de la protección prevista en las leyes internacionales que velan por sus derechos (artículo 39 de la Constitución), y que además tienen la obligación de tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (artículo 43 de la Constitución).



Por dicho motivo, en ausencia de reflejo explícito en el Código Penal, resaltamos el instrumento normativo contemplado en el artículo 8 de la Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y del comercio electrónico, que prevé la adopción de las medidas necesarias para interrumpir la prestación de un servicio en internet o retirar parte de los datos publicados cuando se atente contra la salud pública o contra la juventud y la infancia.

Al exceder dicha actuación las competencias de la Comunidad Autónoma de Andalucía, ya que recaen en un órgano de la Administración del Estado, en concreto al Ministerio de Industria, Energía y Turismo, decidimos dar traslado de la queja y de nuestra posición al respecto al Defensor del Pueblo Español. El Defensor Estatal nos informó que la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad estaba realizando los trabajos correspondientes a la elaboración de un Plan Integral de Apoyo a la Familia 2014-2017, donde se iban a incluir medidas específicas en el ámbito de las tecnologías de la comunicación e información, destacando la necesidad de prestar atención especial a la protección de la infancia en internet.

...

01.IX.3 Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones

...

- **Queja 14/277**, dirigida al Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), relativa a la saturación del servicio de neonatología en el mencionado centro hospitalario.
- **Queja 14/2943**, dirigida al Hospital Universitario Virgen del Rocío, relativa a la denegación por parte del centro hospitalario del certificado de nacimiento de un menor, con fundamento en que la madre es una inmigrante indocumentada.

...