



preceptivos y decisión por los correspondientes órganos, incluidos los colegiados, competentes en participar y adoptar las decisiones en esta materia. Con esta respuesta dimos por concluidas nuestras actuaciones.

...

1.6.2.3 Salud

El comentario de las actuaciones que ha llevado a cabo la Institución en relación con el derecho a la protección de la salud, con el enfoque transversal que implica la perspectiva de género, exige una justificación previa.

Como ya hemos señalado en otras ocasiones, muy difícilmente se alega desigualdad o discriminación por razón de sexo cuando se pone en cuestión el respeto del derecho antes mencionado, lo que por otro lado no exime de una realidad caracterizada por la existencia de diferencias en salud que se vinculan al género, aún cuando las causas que conduzcan a las mismas sean de carácter multifactorial.

Así, aun cuando no podamos afirmar hasta qué punto la organización del Sistema Sanitario y los procedimientos que se desarrollan en el mismo inciden a la hora de acceder a la prestación sanitaria, o la forma en que se dispensa la misma al colectivo de mujeres, con un propósito mucho más humilde traemos a colación en este apartado los planteamientos que hemos recibido en relación con **problemas de salud que padecen exclusiva o fundamentalmente las mismas, como forma de visualizarlas** y, por qué no, **como llamada de atención para que los poderes públicos investiguen la posición de la mujer en su relación con el sistema, y adopten las medidas que sean necesarias para solventar cualquier atisbo de desequilibrio comparativo con el otro sexo**.

Pues bien, en el marco de dichos **procesos asistenciales “femeninos”**, han acudido mujeres a esta Institución por motivaciones que no difieren de las que habitualmente son objeto de tramitación en esta Oficina con carácter general.

Por ejemplo, nos encontramos con quejas donde se sustancia la demora para la práctica de pruebas diagnósticas (ecografía de control de nódulos mamarios en la queja 16/2238), o bien se reclama demora en la práctica de intervenciones quirúrgicas, ya se encuentren sujetas a garantía de plazo de respuesta (histerectomía en la queja 16/5675), o no (hipertrofia mamaria en la queja 16/2628).

De la misma manera, en otros casos lo que se discute es la procedencia de la negativa a dispensar determinadas prestaciones (sustitución de implantes mamarios rotos en la queja 16/0242, o atención por parte de psiquiatra a víctima de violencia de género en la queja 16/6018).

En cuanto a la delimitación de las prestaciones que configuran la cartera de servicios de nuestro sistema sanitario, tenemos necesariamente que reseñar **la generalizada frustración de las expectativas de algunas mujeres que demandan del mismo intervenciones quirúrgicas para la reducción de mamas, las cuales más allá de motivaciones meramente estéticas**, ponen de manifiesto patologías de diversa consideración.

Aun constanding la repercusión funcional que se viene exigiendo para delimitar la cartera de servicios en el ámbito de la cirugía plástica, reparadora y estética, hay muchas pacientes que no reúnen el resto de los requisitos, fundamentalmente el que implica no superar un determinado índice de masa corporal.

Por nuestra parte, tampoco hemos podido comprobar que la actualización de los criterios que se aplican para delimitar lo que resulta operable, llevada a cabo por la Circular 41/15, de 9 de marzo, que se pretenden en la actualidad más beneficiosos para las aspirantes a este tipo de cirugía (se ha reducido el volumen mamario que se precisa extirpar y se aplica el índice de masa corporal en función de la altura), se haya traducido en un incremento del acceso a la cirugía por causa de hipertrofia mamaria.

En algunas ocasiones se presenta un cuestionamiento sobre el abordaje global de una determinada patología. Así, en la queja 16/0354 se denuncia el **incumplimiento de la guía de atención a mujeres con endometriosis** en el marco del SSPA, principalmente en lo referido a la falta de constitución de las unidades funcionales de carácter multidisciplinar previstas en aquella, y el equipo de referencia para todo el SSPA, en orden a la atención de las pacientes más graves; encontrándose el expediente pendiente de



resolver, después de haber solicitado en dos ocasiones que la interesada efectúe alegaciones al contenido del informe recibido de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS.

También nos llegó la denuncia relacionada con la problemática que entraña la **asistencia sanitaria a los pacientes de fibromialgia en la provincia de Huelva** (queja 16/2521), aunque la falta de cumplimentación por la asociación interesada del requerimiento de concreción en cuanto a los incumplimientos detectados del proceso asistencial integrado correspondiente a dicha patología, nos ha impedido iniciar la investigación de este asunto.

La aspiración de articular un protocolo reglado para la **eliminación de un determinado implante anticonceptivo** (dispositivo Essure), a la vista de las molestias y trastornos que se vienen generando a algunas de las mujeres que recurrieron al mismo, fue objeto de la **queja 15/6116**, dado que su promotora se encontró en un principio con el desconocimiento al respecto de su especialista ginecóloga, y la falta de respuesta del centro hospitalario ante el que se interesó por este asunto.

En el informe remitido por este último se nos dio cuenta de las reuniones mantenidas con representantes de las asociaciones de mujeres afectadas por el Essure, y con la propia interesada, de la que resultó la iniciativa de realizar una guía de actuación para los casos similares al suyo, aunque por parte de la Administración sanitaria no se estimó necesario la extensión de dicho protocolo u otro similar a todo el territorio de la Comunidad Autónoma, al considerar que en los centros se viene aplicando el de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

Por su parte, esta Institución no tenía interés en que existiera un protocolo diferenciado, sino que invocamos su elaboración a los solos efectos de que se adoptara una actitud en relación con las mujeres que vienen sufriendo diversa sintomatología por causa de este método anticonceptivo, y a la vista de las dificultades expresadas por la interesada en este expediente, con el objeto de que se adoptaran pautas de actuación.

En lo que se refiere a la **interrupción voluntaria del embarazo (IVE) por causa de graves anomalías en el feto**, en el ejercicio que consideramos llegamos a emitir una **Sugerencia** para que por la Administración sanitaria se valorara la elaboración de un documento que recogiera los criterios que determinan el análisis de los restos fetales en estos casos, así como el procedimiento que conduzca a su realización, incluyendo en su caso la posibilidad de solicitud por las afectadas.

Sobre el particular concluimos que las prescripciones que pudieran existir en este campo derivan de instrumentos planificadores y metodológicos (proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio, plan de genética de Andalucía, ...) que no son comúnmente conocidos por los usuarios del sistema sanitario, y dado que las previstas en los mismos solo alcanzan la detección de las anomalías, y, en su caso, la comunicación de la opción para interrumpir el embarazo, sin que hayamos encontrado determinación alguna sobre la oportunidad de la biopsia/necropsia tras el aborto, los supuestos en los que procede, y el procedimiento para llevarlas a cabo; nos pareció que podía resultar oportuna la contemplación de estos aspectos en algún documento, al que pudieran acceder con facilidad las gestantes, y resultara explicativo de sus derechos en orden a la recepción de esta prestación, dando cumplimiento de esta manera a lo dispuesto en el art. 6.1.c de la ley 2/98, de 15 de junio, de Salud de Andalucía (derecho de los ciudadanos a la información sobre los servicios y prestaciones sanitarias a que puedan acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso).

La Administración sanitaria, sin embargo, no compartió nuestra inquietud sobre este punto, considerando innecesaria la elaboración del protocolo que proponíamos, al entender que en la mayoría de los casos el diagnóstico prenatal está suficientemente documentado, lo que hace inútil la necropsia posterior; mientras que en los de anomalías cromosómicas que serían susceptibles de consejo genético para una nueva gestación, sería sobre los progenitores sobre los que habría que realizar el estudio.

No les parece aconsejable realizar la necropsia fetal por protocolo, sino en los casos en los que fuera estrictamente necesario a criterio facultativo para delimitar actuaciones a posteriori que precisan de esta práctica. Por eso, aun cuando en principio afirman que la necropsia de restos fetales se puede realizar a petición del facultativo o de la mujer, después estiman recomendable no informar a esta última de la posibilidad que le asiste de pedirla, más que cuando a juicio facultativo se dan las circunstancias antes referidas.



A nuestro modo de ver, el establecimiento de un protocolo no lleva consigo la realización generalizada de la práctica que consideramos, sino que lo que pedíamos precisamente era que quedaran recogidos mediante el mismo esos supuestos en los que aquella resulta imprescindible en orden a decidir actuaciones posteriores, y de esta manera se clarificara esta opción para las gestantes que habían determinado la interrupción del embarazo por esta causa.

En todo caso, a la vista de la respuesta administrativa llegamos a la conclusión de que, a pesar de que considerábamos que podía haberse alcanzado una solución satisfactoria en este asunto, la Administración discrepaba razonadamente de nuestras argumentaciones, con fundamentaciones de índole técnica que no podemos enjuiciar, por lo que estimando agotadas nuestras posibilidades de actuación, concluimos las actuaciones en esta queja.

La prestación sanitaria que consiste en la aplicación de **técnicas de reproducción asistida** (TRE) constituye uno de los contenidos tradicionales de este informe. En el del año pasado aludimos a la iniciación de una queja de oficio (**queja 15/2594**) con el fin de indagar nuevamente en lo relacionado con dos aspectos concretos: los tiempos que marcan todo el proceso asistencial que determina el acceso a la prestación; y los defectos de información que se vislumbran en las distintas etapas del mismo, de forma que a pesar de la mención que realizamos de la misma en el capítulo de este informe relativo a la Salud, nos parece conveniente ofrecer una explicación más pormenorizada en esta sede.

El informe administrativo recibido incorporaba la mayor parte de los datos requeridos, a saber, tiempos medios de espera por centros hospitalarios, número de ciclos realizados por cada uno en los últimos cinco años, explicación de los procesos de derivación a las unidades de reproducción asistida, e información ofrecida en las distintas etapas del itinerario asistencial.

Teniendo en cuenta no solamente la lista de espera propiamente dicha, sino también los plazos que presiden la derivación desde centros de nivel inferior y la realización del estudio básico de esterilidad (EBE), hemos llegado a constatar que con carácter general para la lista de espera hay un plazo medio de 13,5 meses (aunque hay centros que lo superan bastante), mientras que los procedimientos de derivación pueden llegar a suponer seis meses más, todo ello sin contar con que solo el hospital Virgen del Rocío precisa en torno a los 10 meses para la derivación a su unidad de reproducción humana asistida (RHA).

Por su parte, la información que se ofrece a lo largo del proceso adolece de falta de sistemática y uniformidad en cuanto a los medios y los momentos temporales en los que se comunica, constándonos múltiples supuestos en los que las solicitantes no han sabido que estaban excluidas del programa hasta que se han interesado personalmente por su posición en la lista de espera.

En la **Resolución** emitida en el curso de la tramitación de este expediente de oficio incluimos varios ejemplos de quejas que ponen de manifiesto como operan los diversos procedimientos de derivación e información, así como la falta de uniformidad a la hora de aplicar los cambios que se han ido sucediendo en las prestaciones.

Al mismo tiempo elevamos a la Administración sanitaria las siguientes Recomendaciones:

“1. Que se lleve a cabo una valoración de resultados de los distintos procedimientos de derivación, sobre todo en lo relativo a la participación de atención primaria y ginecología, realización del EBE, e intervención de varias unidades de RHA hospitalarias; con el fin de identificar las mejores prácticas, que permitan el diseño de un proceso unificado que asigne tiempos máximos de realización a cada una de sus fases.

2. Que se protocolice la oferta de información incluyendo en todo caso la entrega de documentos escritos que resulten expresivos de las causas de inclusión y exclusión del programa, al tiempo que se asegure la notificación individualizada e igualmente escrita de la salida de aquel, en el momento en que se produzca la circunstancia determinante de la misma.

3. Que se posibilite la consulta del estado de situación de la demanda de asistencia en el registro de reproducción humana asistida a través del dispositivo Salud Responde.



4. *Que, una vez se complete el estudio diagnóstico y se determine la técnica aplicable, se estudie la posibilidad de ofertar centros hospitalarios distintos al de referencia para llevar a cabo la misma, siempre que tengan asignados menores plazos de lista de espera, aún a pesar de la complejidad que entrañarían los desplazamientos frecuentes.*
5. *Que se establezca un plazo máximo de referencia para la aplicación de las TRHA y se oferte la derivación a centros sanitarios privados a quienes vean superado el mismo.*
6. *Que se contemple especialmente la grave situación de la prestación que consiste en la aplicación de TRHA en la provincia de Sevilla, y se adopten medidas especialísimas para afrontarla, bien mediante el establecimiento a la mayor brevedad de una nueva unidad para la práctica de técnicas avanzadas, o en caso contrario, a través del concierto con centros sanitarios privados”.*

Una vez remitida la mencionada resolución al centro directivo correspondiente, se nos ha dado respuesta para cada de las Recomendaciones aludidas.

En este sentido, se nos dice que el estudio para identificar las mejores prácticas ya se hizo, sin que se concluyera la supremacía de algún modelo sobre otro, en función de los recursos de cada área, aunque sí se aprecia como buena práctica la formación de los profesionales (médicos de atención primaria y ginecólogos) en la atención a las personas/parejas demandantes de estos tratamientos, por lo que se anuncia que se va a proceder en este sentido.

En relación con la segunda, se acepta nuestra propuesta sobre la oferta de información y se alude a la constitución de un grupo de expertos para la revisión de los documentos actuales y el diseño de otros comunes para todas las unidades de RHA.

En cuanto a la tercera, se anuncian estudios para poder llevar a la práctica la posibilidad de consulta de estado de situación de la demanda en el registro a través de Salud Responde.

Por lo que se refiere a la cuarta, se estima oportuno revertir los circuitos en cuanto a las técnicas básicas, aunque para las avanzadas no es posible actuar de la misma forma a la vista de la lista de espera que soportan en todos los centros del SSPA.

El establecimiento de plazos máximos de referencia se menciona como compromiso asumido por la propia presidenta de la Junta de Andalucía, y corroborado por el Consejero de Salud, refiriendo la primera la voluntad de llevarlo a cabo en este mismo año.

Por último, en cuanto a las mediadas relacionadas con la asistencia en la provincia de Sevilla se afirma que el establecimiento de una nueva unidad para el desarrollo de técnicas avanzadas en la misma se encuentra en fase de estudio.

A la vista de las respuestas emitidas y valorando globalmente los distintos aspectos que entraña la resolución, consideramos que por la Administración sanitaria se **aceptan** los términos de aquella, procediendo de esta manera a concluir nuestras actuaciones en este expediente.

También en el **informe del año pasado** estimamos oportuno dejar constancia de la comparecencia ante esta Institución (queja 15/2182) de una **Asociación de mujeres mastectomizadas**, para darnos a conocer la situación padecida por las pacientes que penden de la práctica de diversas intervenciones quirúrgicas de reconstrucción mamaria, para las cuales esperan en torno a los dos años, repercutiendo dicha demora en las posibilidades de normalización de sus vidas después de la enfermedad.

Comentamos entonces que nos encontrábamos pendientes de valorar la información ofrecida por el hospital afectado, de manera que a pesar de las medidas que se habían adoptado localmente para tratar de mejorar la situación que describían las interesadas, y a la vista de los testimonios de otras comparecientes que atribuían un tiempo de espera similar en otros hospitales del SSPA, decidimos iniciar un expediente de queja de oficio para llevar a cabo un análisis global de este asunto (**queja 16/0714**).



El estudio de la información ofrecida desde la Administración sanitaria nos llevó a reconocer la dificultad que entraña la valoración de los tiempos de espera en el proceso de reconstrucción de la mama, el cual puede resultar complejo a la vista de su diferenciación en varias fases, las cuales implican distintos procedimientos quirúrgicos, constándonos dos modelos tipo de proceso, el que conlleva la utilización de colgajos o injertos de piel, y el que precisa colocación de expansor y de implante posterior, culminados en ambos casos con la reconstrucción del pezón.

Del examen de los plazos que para estos procedimientos se reflejaban en el cuadro contemplado en el informe, resultaban sin duda tiempos bastante alejados de lo que se puede considerar razonable, si que a nuestro modo de ver los plazos de las fases sucesivas obedecieran a los tiempos precisos de recuperación, pues la comparación con términos tipo en estos casos no permitía esta conclusión.

En esta tesitura emitimos una **Resolución** en cuyo texto criticamos que estas pacientes se sometían a listas de espera sucesivas para completar el proceso, apoyamos la decisión de establecer plazos de garantía de respuesta, pero previniendo al respecto de la posibilidad de que los mismos solamente contemplaran el primer paso, y tras evaluar los datos desglosados por centros, nos planteamos hasta qué punto la elección de la técnica quirúrgica estaba condicionada por la cartera de servicios del hospital de referencia de la paciente.

Realizamos por tanto Recordatorio de Deberes Legales y las Recomendaciones siguientes:

- “1. Que para la superación de las situaciones de larga espera que acompañan las intervenciones quirúrgicas que implican el proceso de reconstrucción de las mamas tras la mastectomía, se adopten las medidas organizativas y asistenciales precisas para la satisfacción de la demanda, de tal manera que las afectadas disfruten del efectivo reconocimiento del derecho a la protección de la salud que establece el art. 43 de la Constitución.*
- 2. Que, una vez transcurrido el tiempo de espera previsto para los procedimientos que determinan la primera fase quirúrgica, los que integran el resto de las fases se lleven a cabo en los plazos que estrictamente imponga la recuperación de los primeros, y no se traduzcan en listas de espera sucesivas, vinculadas a las circunstancias de la organización asistencial.*
- 3. Que se clarifique el tipo de intervención que se puede llevar a cabo en función de la cartera de servicios de los centros (disponibilidad de especialistas en cirugía plástica y reparadora), y la elección de las técnicas quirúrgicas en relación con un caso concreto no venga condicionada por aquella en el hospital de referencia de la paciente.*
- 4. Que se contemplen plazos de garantía de respuesta para los procedimientos quirúrgicos que conforman las diferentes fases del proceso de reconstrucción, con independencia de que las posibles complicaciones del mismo y los tiempos de recuperación entre aquellas puedan determinar situaciones de suspensión de los mismos”.*

En general, a la vista de la respuesta elaborada por la Administración, por lo que hace a la agilización de los plazos para las operaciones, tanto en primera instancia, como las sucesivas que se hagan necesarias, podemos considerar aceptados los términos de nuestra resolución con el anuncio de elaboración, y más aún por la reciente publicación, de la Orden que establece la garantía de plazo de respuesta para estos procedimientos (Orden de la Consejería de Salud de 26.10.2016).

Ahora bien, en lo que respecta a la cartera de servicios de los centros, aquella se ha limitado a constatar que existe claridad al respecto de la misma, considerando irrelevante la disponibilidad de especialistas en cirugía plástica, teniendo en cuenta que las pacientes que lo precisen pueden ser derivadas a los centros adecuados, entendemos que en función de la técnica que se vaya a utilizar.

Por nuestra parte, sin embargo, partimos de la información proporcionada por la misma Administración en su informe inicial, la cual identificaba operaciones complejas (con colgajos de material autólogo) con cirujanos plásticos, y menos complejas (con prótesis) con cirujanos generales y ginecólogos.

La realización de intervenciones del primer tipo en hospitales que en principio no cuentan con cirugía plástica en su cartera de servicios, y la concentración de determinados procedimientos quirúrgicos en un



número muy escaso de centros, nos ha hecho pensar en un comportamiento diferenciado en cuanto al tratamiento quirúrgico ofrecido a estas pacientes, e incluso en la posibilidad de que la alternativa elegida para la reconstrucción obedeciera más a los medios disponibles en su hospital de referencia, que a las características que demandaba su proceso.

A lo anterior se une por otro lado venimos asistiendo a la denuncia efectuada por el colectivo de especialistas en cirugía plástica sobre la realización de intervenciones de reconstrucción por profesionales que carecen de la competencia necesaria para ello.

En este orden de cosas, y al objeto de valorar definitivamente el grado de aceptación de nuestras recomendaciones, nos ha parecido interesante solicitar un nuevo informe con el objeto de conocer, respecto de los distintos procedimientos quirúrgicos, cuáles deben ser llevados a cabo por cirujanos plásticos y cuales pueden practicarse por otros especialistas, así como en atención a dicho criterio, qué procedimientos se practican en cada centro del SSPA, con indicación de los conciertos que se hayan suscrito a este fin y el ámbito de cobertura de los mismos, así como del número de derivaciones intercentros que por esta causa se ha llevado a cabo en los dos últimos años.

Por el momento nos encontramos a la espera de la respuesta oportuna.

1.7 JUSTICIA, EXTRANJERÍA Y PRISIONES

1.7.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.7.2.2 Prisiones

...

Dentro del abanico de quejas que se reciben relacionadas con la presente materia, las que afectan al acceso a la protección de la salud presentan un marco competencial de evidente implicación en las funciones y desempeños que ostenta la administración sanitaria andaluza, encargada de la atención médica especializada de esta población reclusa, en los términos recogidos por la legislación.

Además, no debemos olvidar que **la población interna en prisión conforma un colectivo con especiales necesidades sanitarias** que requieren la respuesta justa y ecuánime del sistema sanitario.

El presente apartado lo cerrábamos en el anterior Informe Anual haciendo mención al expediente de queja 16/0844, que dio origen al **Informe Especial sobre las Unidades de Custodia Hospitalarias (UCH)**.

Así, a la hora de analizar el sistema sanitario penitenciario, ya recalcamos que el principal origen de las deficiencias detectadas era el modelo organizativo concebido en un **diseño que duplica la asistencia sanitaria (entre prisión y hospital) y provoca una ruptura en la atención integral del enfermo que deambula bajo dos sistemas sanitarios**. En este modelo asistencial la atención primaria se ofrece a cargo de la administración penitenciaria en sus propios Centros, dotados con los recursos característicos de ese nivel asistencial básico, y la atención especializada se ofrece mediante los organismos sanitarios públicos del Sistema Nacional de Salud, en concreto los servicios autonómicos que desempeñan esta labor en sus respectivos territorios. De esta forma, en Andalucía la prisión ofrece la atención sanitaria primaria y el Servicio Andaluz de Salud presta su asistencia especializada, siendo las UCH las dependencias habilitadas para cuando estos pacientes necesitan ingresar en los centros hospitalarios.

En relación a las funciones de supervisión de esta Institución sobre la actuación de la administración sanitaria andaluza, fueron realizadas las siguientes Sugerencias y Recomendaciones: