



1.10.2.3.3 Cirugía plástica, reparadora y estética

La cartera de servicios del sistema sanitario público no incluye la **cirugía plástica** más que en los supuestos previstos normativamente (apartado 5 del anexo III del R.D. 1030/2016, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios del SNS y el procedimiento para su actualización: «se excluyen todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos con finalidad estética que no guarden relación con accidente, enfermedad o malformación congénita...»).

Para deslindar lo que se considera meramente estético de lo que no lo es, la Administración Sanitaria ha venido fijando los criterios que determinan el ámbito de "*lo operable*", estableciendo con precisión los requisitos que deben concurrir para intervenir por ejemplo la hipertrofia mamaria, o el exceso de piel sobrante tras una previa intervención de cirugía bariátrica, que son las situaciones que con más frecuencia se nos presentan.

Sucede que dichos criterios se han modificado últimamente puesto que los previstos en la Circular 1/93, de 11 de julio, se han sustituido por los enumerados en la Circular 41/15, de 9 de marzo, con la pretensión, en palabras de la propia administración, de actualizarlos desde una perspectiva estrictamente técnica y resolver dudas interpretativas que estaban conduciendo a situaciones dispares.

Ciertamente, en lo referente a la dermolipectomía antes se consideraba un complemento necesario de la cirugía de **obesidad mórbida**, y ahora se viene exigiendo acreditada repercusión funcional (faldón abdominal que rebase la sínfisis del pubis, y de esta manera dificulte la deambulación), mientras que en el caso de la **hipertrofia mamaria** el defendido beneficio que se dice incorpora la nueva regulación para las pacientes afectadas (reducción del volumen mamario exigido y aplicación del índice de masa corporal en función de la altura) tampoco hemos comprobado que se traduzca en un incremento de su acceso a la cirugía por esta causa.

En todo caso, nos parece que las decisiones de la comisión encargada de estos asuntos deberían incorporar la mención de los requisitos que son incumplidos, cuando resultan denegatorias de la cirugía por esta causa, y seguirse de las medidas adecuadas cuando los mismos pudieran resultar subsanables (por ejemplo derivación al especialista correspondiente para tratamiento de reducción de peso, cuando la circunstancia que obstaculiza la intervención de hipertrofia mamaria es la obesidad).

1.10.2.3.4 Rehabilitación

Detectamos una cierta relevancia de las quejas relacionadas con este asunto durante el ejercicio de 2016, fundamentalmente sobre la **demora en el tratamiento de rehabilitación**, poniendo en peligro su eficacia, y por lo tanto las posibilidades de recuperación que se le asocian.

Esta situación se evidencia en la queja 16/2435, en cuya tramitación pudimos acreditar el transcurso completo de un año, antes de poder recibir el tratamiento prescrito, el cual se planeaba con carácter previo a una valoración de opción quirúrgica. En concreto, pasaron seis meses desde que el neurocirujano recomendó el tratamiento hasta que el paciente fue visto por el especialista rehabilitador, y otros seis como mínimo, hasta que se dispensó la fisioterapia.

Con arreglo a la Guía de procedimientos de rehabilitación y fisioterapia en atención primaria, la caracterización de una propuesta como normal determina la inexistencia (entre otras condiciones) de que haya riesgo de que la demora en el tratamiento incida en la posibilidad de revertir los déficits o evitar la aparición o incremento de la discapacidad del paciente; pero ello no permite obviar el señalamiento de un plazo también para la misma, dentro del cual (cinco semanas) debe dispensarse el tratamiento para conseguir los fines que con el mismo se persiguen. Es decir que aunque pudiera estimarse que la demora no implicara el riesgo antes aludido, es evidente que prolongaba la situación de ausencia de funcionalidad, y por lo tanto el sufrimiento (paciente con agudización de síntomas en su proceso de estrechamiento del canal espinal).

Concluimos emitiendo una **Resolución** en la que significamos que ninguna de las instancias administrativas que debía intervenir para proporcionar al interesado el tratamiento recomendado por el neurocirujano,