



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,



había actuado en tiempos que pudieran entenderse razonables y que resultaran ajustados en el marco de los principios que definen una buena Administración, ni el hospital para facilitar la atención del rehabilitador, ni el distrito sanitario para favorecer el acceso a la sala de fisioterapia, vulnerándose en este caso la previsión temporal que recoge la propia guía a la que nos referíamos.

Al margen de la demora también nos encontramos con **discrepancias respecto a la duración de los tratamientos**, y las circunstancias que motivan la terminación de los mismos (queja 15/4612, queja 15/4292, queja 15/6093, queja 16/2207 y queja 16/3837).

1.10.2.3.5 Reproducción asistida

Resulta oportuno completar este apartado dando cuenta de las actuaciones practicadas en la queja 15/2594, que se inició de oficio en 2015 a fin de valorar dos aspectos fundamentales en el marco de esta prestación sanitaria, a saber, los tiempos que marcan todo el proceso asistencial que determina su recepción, y los **defectos de información** que se vislumbran en las distintas etapas del mismo.

Por lo que hace al primer punto teníamos que tener en cuenta no solo los **plazos de lista de espera** propiamente dicha, sino también los que implican la derivación desde centros de nivel inferior y realización del estudio básico de esterilidad, llegando así a apreciar que con carácter general para la lista de espera hay un plazo medio de 13,5 meses, aunque hay centros que lo superan bastante.

En cuanto a los procedimientos de derivación son diversos y en conjunto 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 RHA.

Por su parte, advertimos que la información resulta falta de sistemática y uniformidad en cuanto a los medios y los momentos temporales en los que se ofrece, 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.

Concluimos elaborando una **Resolución** que contiene Recomendaciones diversas, respecto a las cuales se nos ha ofrecido respuesta singularizada, destacándose a este respecto el anuncio de constitución de un grupo de expertos para la revisión de los documentos informativos actuales y el diseño de otros comunes para todas las unidades de RHA, así como la elaboración de estudios para poder llevar a la práctica la posibilidad de consulta del estado de situación de la demanda en el registro a través de Salud Responde, y en otro orden de cosas, el ya más que repetido establecimiento de plazos máximos de referencia, ciñéndose el compromiso de llevarlo a cabo a este mismo año.

1.10.2.4 Atención sanitaria de urgencias

1.10.2.4.1 Urgencias extrahospitalarias

Prevalciendo los cuestionamientos globales sobre la suficiencia de los medios puestos a disposición de la **atención sanitaria urgente en determinadas áreas rurales**, se contabilizan igualmente denuncias vinculadas a supuestos concretos en los que la demanda de atención sanitaria urgente no se cumplimentó de manera satisfactoria, fundamentalmente por los tiempos invertidos.

En este segundo grupo nos detuvimos a analizar las circunstancias concretas que presidieron la atención relatada en la queja 15/2631 y concluimos emitiendo sendas **Recomendaciones** para análisis del caso en la comisión de seguimiento y **mejora de la coordinación de urgencias y emergencias del Distrito**, así como adopción de medidas para garantizar la obligación de los dispositivos de comunicar al centro coordinador los diversos estados que se suceden durante su movilización.

Otros dos casos polémicos, sustanciados a través de la queja 16/2515 y la queja 16/2881, pusieron de actualidad la conocida problemática sobre la **atención extrahospitalaria urgente en la zona de**