



Ciertamente, estas reflexiones se sitúan al margen de las que pudiéramos realizar en el capítulo oportuno sobre las demandas encabezadas por los profesionales sanitarios, las cuales en algunos casos pueden resultar colindantes en interés con los temas ofrecidos en el presente, en la medida en que las cuestiones planteadas pueden tener igualmente influencia sobre la calidad de la asistencia que se ofrece.

En este orden de cosas, y aun cuando la atención primaria de la salud no se revele ante esta Institución como un tema esencialmente conflictivo durante el ejercicio que comentamos, somos conscientes de que los principales problemas que han afectado a la misma, transcurrido un plazo suficiente desde la reconversión de las estructuras correspondientes a este ámbito, pueden subsistir en mayor o menor medida (saturación de consultas, tiempo mínimo de atención al paciente, cobertura de bajas,...), por lo que no podemos sino congratularnos del **Plan de Renovación de la Atención Primaria**, que haciéndose eco en parte de la impresión enunciada, incorpora múltiples estrategias para conseguir que este nivel de la atención se constituya en el verdadero *"agente vertebrador de la atención sanitaria en Andalucía"*, y confiar en que decididamente las medidas previstas en este instrumento de planificación reviertan en la práctica.

1.10.2.3 Atención Especializada

Mucho más intensa ha sido nuestra intervención en lo que se refiere al ámbito de la **atención especializada de la salud**, pues los ciudadanos nos han hecho llegar muy diversos planteamientos vinculados a la problemática que ha regido sus procesos asistenciales. En algunos casos simplemente se sienten desatendidos en sus dolencias, solicitan alternativas terapéuticas a las empleadas hasta entonces, consideran inadecuado el seguimiento que se realiza de sus patologías, o discrepan de la negativa a dispensarles determinados tratamientos, incluidos los quirúrgicos. En otros casos, ponen de manifiesto dificultades en los procedimientos, gestión de las citas, derivación entre hospitales y demoras en la atención.

También a veces realizan una llamada genérica de atención sobre los déficits que a su modo de ver presiden la asistencia de determinadas patologías (queja 16/0354, relativa al incumplimiento de la Guía de atención a **mujeres con endometriosis**), solicitan un tratamiento unificado en torno a un determinado asunto (queja 15/6116 por la que se solicita la elaboración de un protocolo para la retirada de un concreto **método anticonceptivo**), o reclaman contra el cierre de algunas unidades asistenciales (queja 16/2197 sobre la **unidad del dolor del hospital de Osuna**, tras la cual se incoó de oficio sobre el mismo tema la queja 16/1642).

1.10.2.3.1 Autorizaciones para tratamiento en centros ajenos al SSPA

En el informe de 2015 ya dimos cuenta de la falta de aceptación administrativa de la **Resolución** emitida conjuntamente en la queja 15/0328, las quejas 15/1856 y 14/0306, en relación con distintas solicitudes de derivación a un hospital de Barcelona de personas afectadas por **malformación de Chiari**, así como las discrepancias que manteníamos con el contenido de la respuesta emitida, aunque al producirse el cierre del expediente durante el año que es objeto de este informe, cumplimos aquí con nuestra obligación legal de reflejo en el mismo.

Dicha actuación, sin embargo, no ha evitado que en el 2016 se repitan otras quejas con idéntico motivo (queja 16/0164), y que se sucedan otras que incorporan pretensiones de derivación a otros centros y por causa de otras enfermedades (al mismo hospital de Barcelona para confirmar diagnóstico de síndrome de fatiga crónica en la queja 16/6619, o a un centro de Madrid para revisiones de patología ocular en la queja 16/4896)

Con respecto a las dificultades que para la **derivación a centros de referencia (CSUR) para el tratamiento de enfermedades raras** puso de manifiesto la delegación en Andalucía de la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) en la queja 15/5392, el informe de la Administración ha querido señalar que los criterios que la determinan son los mismos que presiden cualquier otra derivación entre Comunidades Autónomas, es decir, que no se dispongan de los medios necesarios para llevarlos a cabo, o bien porque justificadamente (por



la alta especialización o complejidad) se estime conveniente que se practiquen en aquellos.

En nuestra opinión, la mayoría de las veces no llega a producirse la denegación, puesto que la Administración Sanitaria estima que cuenta con medios para el diagnóstico/tratamiento de la enfermedad, y en esta tesitura el especialista que viene tratando al paciente no asume la propuesta para la derivación, y por lo tanto no la solicita, teniendo en cuenta que la decisión le corresponde al profesional con el visto bueno de la gerencia de su hospital.

En definitiva, desde esta Institución pensamos que la posibilidad de acceso de las personas con enfermedades raras a los CSUR, al menos para recabar su apoyo en cuanto a la confirmación diagnóstica, definición de estrategia terapéutica y consultoría, tal y como viene definido en la norma reguladora de los mismos, debería flexibilizarse, estableciendo otro tipo de justificaciones para posibilitarla, aunque dicha determinación precisaría una regulación de carácter estatal, y por lo tanto, fuera del ámbito de nuestra competencia, a pesar de lo cual no descartamos la posibilidad de llegar a trasladar este asunto a la Defensora del Pueblo del Estado.

1.10.2.3.2 Atención al ictus

Después de una dilatada espera, en 2016 por fin recibimos la respuesta a la **Sugerencia** emitida por esta Institución en la queja 14/2535, iniciada de oficio, resaltándose por la Administración en primer lugar la reciente evidencia sobre la efectividad de los procedimientos de terapia endovascular en los pacientes con **ictus**, procediéndose a continuación a modificar las guías y la práctica clínica, a fin de que aquella se lleve a cabo en los ictus seleccionados en los que aparece indicada.

Para cumplimentar esta determinación se aludía al diseño de las guardias de la especialidad correspondiente (neuro-radiología intervencionista), y se anunciaba la designación de cinco centros de referencia, al objeto de dar cobertura a toda la población andaluza.

A este respecto, se señalaba que ya había dos **centros de referencia de Ictus** (hospitales Reina Sofía y Puerta del Mar) que contaban con atención en neuro-radiología intervencionista durante las 24 horas, previéndose que a lo largo de este año se pusieran en marcha las otras tres (en concreto en septiembre la referida al hospital Virgen del Rocío, que fue el centro sobre el que versó inicialmente nuestra resolución).

A pesar del escaso tiempo transcurrido, la recepción en esta Oficina de algunas comunicaciones cuestionando la efectividad del sistema, y afirmando que existen provincias donde subsisten las demoras para el sometimiento a estos tratamientos, con el consiguiente riesgo para la recuperación de los pacientes, y necesidad de derivación a otros centros, nos ha llevado a realizar un seguimiento de la materialización de las medidas anunciadas por la Administración.

Con este objetivo le hemos solicitado un nuevo informe en el que le rogamos que nos indique dónde se van a ubicar las otras dos unidades de referencia y cuál va a ser el ámbito de cobertura de cada una de ellas; en qué momento se encuentra la implantación de las medidas que determinan la existencia de estas unidades (fundamentalmente la posibilidad de recibir la terapia que consideramos durante las 24h, todos los días de la semana) y cuándo se prevé que empiecen a funcionar; y por último, también queremos conocer si conforme a la evidencia científica aludida, la terapia endovascular está llamada a ser aplicada en ambos tipos de ictus, y la dotación de medios cubre esta eventualidad, para lo cual le hemos solicitado el detalle de los mismos.



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**