



1.10 Salud



1.10 Salud

1.10.1 Introducción	353
1.10.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	355
1.10.2.1 Salud Pública	355
1.10.2.2 Atención Primaria	356
1.10.2.3 Atención Especializada	357
1.10.2.3.1 Autorizaciones para tratamiento en centros ajenos al SSPA	357
1.10.2.3.2 Atención al ictus	358
1.10.2.3.3 Cirugía plástica, reparadora y estética	359
1.10.2.3.4 Rehabilitación	359
1.10.2.3.5 Reproducción asistida	360
1.10.2.4 Atención sanitaria de urgencias	360
1.10.2.4.1 Urgencias extrahospitalarias	360
1.10.2.4.2 Urgencias Hospitalarias	362
1.10.2.5 Tiempos de respuesta asistencial	364
1.10.2.6 Praxis médica	366
1.10.2.7 Derechos de los usuarios	367
1.10.2.8 Farmacia	369
1.10.2.9 Centros Sanitarios	371
1.10.2.10 Enfermos mentales	372
1.10.3 Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones	374



1.10.1 Introducción

Durante el ejercicio de 2016, se registró un **aumento significativo del número de las quejas** en materia de salud (se cifra aproximadamente en un tercio de las recibidas en el año 2015), sin que dicha incidencia pueda imputarse a alguna reclamación que se haya formulado de manera reiterada, o algún aspecto polémico emergente, sino que su reparto indiscriminado entre los apartados que conforman el estudio que incorporamos a continuación, **evidencia un incremento de la preocupación de los ciudadanos por la cuestión sanitaria**, tal y como se viene poniendo de manifiesto últimamente por otros mecanismos.

Y es que el período que tomamos en consideración para efectuar el relato de la actuación de esta Institución, como garantía de derechos fundamentales, en relación con el derecho a la protección de la salud, viene caracterizándose, sobre todo por lo que hace al último tramo del año, por la contestación ciudadana frente a las tradicionales bondades esgrimidas en relación con nuestro Sistema Sanitario Público.

Nunca hasta ahora en nuestro ámbito autonómico se había cuestionado tanto y por tantos su normal funcionamiento, hasta el punto de que una parte importante de la ciudadanía considerara menoscabado su derecho, y ha llegado a expresarlo reiteradamente en forma de masivas manifestaciones en varios puntos de nuestra geografía.

En el origen de este movimiento ciudadano y profesional, confluyen sin lugar a dudas la adopción unilateral de cambios organizativos en materia asistencial (las denominadas **fusiones hospitalarias**), obviando los cauces establecidos para la participación de los sectores implicados; y al mismo tiempo la sensación de pérdida de **calidad de la atención sanitaria** que, en forma de recortes de diverso tipo por causa de la crisis económica, ha ganado a sectores importantes de la población.

Por nuestra parte, y al margen del incremento meramente numérico de los expedientes de queja, ya en los últimos años hemos venido aludiendo a las consecuencias que sobre el ejercicio de determinados derechos está teniendo la crisis económica, en las referencias monográficas que hemos venido dedicando a la misma.

Partiendo del reconocimiento que los niveles alcanzados en la asistencia sanitaria de la población andaluza sin duda merece, y teniendo en cuenta la limitación de recursos que de forma crónica va a afectar siempre al sistema sanitario, nos parece que es hora de avanzar en aquellos aspectos que presentan amplias posibilidades de mejora, al tiempo que se determinan los **límites infranqueables de la sanidad pública**.

Resultando complicada la identificación de todas las fuentes del descontento, no nos cabe duda de que los **excesivos tiempos que marcan el acceso a muchas prestaciones** constituyen una causa principal, puesto que si no aisladamente, la suma de los plazos que implican las diversas actuaciones que se suceden a lo largo de un mismo proceso asistencial, pueden convertir en auténtico calvario la obtención del diagnóstico o el acceso a los tratamientos.

Precisamente la sostenibilidad económica, junto a la que se predica en otras facetas (social, ambiental, y del conocimiento, investigación e innovación en salud) forma parte de los conceptos que justifican la iniciativa legislativa de la que ya el año pasado dábamos cuenta en esta misma sede, como respuesta a las medidas que por causa de la crisis se podían derivar de las regulaciones adoptadas en el ámbito estatal.

Significativamente, el anteproyecto de **Ley de garantías y sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía**, ha sido sometido a audiencia de diferentes agentes interesados (sindicatos, colegios profesionales, sociedades científicas y asociaciones diversas), habiéndose seguido además una estrategia específica de participación que ha llevado consigo la celebración de diversos foros de diálogo en cada una de las provincias andaluzas, con intervención de entidades ciudadanas, asociaciones de pacientes y grupos de profesionales.

No deja de resultar llamativa la coincidencia temporal entre el proceso participativo desarrollado formalmente como parte del procedimiento de elaboración y aprobación de esta Ley, y unas movilizaciones ciudadanas impulsadas, entre otras razones y según sus promotores, por la falta de diálogo y participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones de la Administración sanitaria.

Nos preguntamos si no habría que buscar nuevas fórmulas participativas que trasciendan de los formatos actuales y propicien un debate real entre la ciudadanía, los grupos de interés y el poder público en el



proceso de elaboración de aquellas disposiciones de mayor alcance y trascendencia, como sin duda es el caso de la prevista Ley de garantías y sostenibilidad del Sistema Sanitario.

A este respecto, es necesario reseñar que el **proyecto de ley** resultante, que fue **aprobado por el Consejo de Gobierno el pasado 5 de diciembre**, y que debe seguir ahora su andadura parlamentaria, se presenta como un *“auténtico contrato social en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, mediante el que todos los agentes participantes del sistema de salud participen de forma leal en la consolidación y fortalecimiento del propio sistema, teniendo en cuenta el elevado impacto que unas políticas de salud eficaces y un sistema sanitario eficaz y eficiente, tienen sobre la economía de la Comunidad Autónoma, traducido en generación de empleo y riqueza y, especialmente, sobre la salud de las personas y también sobre la propia economía de las familias andaluzas”*.

Por lo demás la estructura de esta parte del informe no difiere sustancialmente de la que habitualmente seguimos en este trabajo, de manera que junto a la relevancia significativa de las quejas por **demora en la asistencia**, que se extiende respecto a las diversas modalidades que puede revestir la misma (consultas, pruebas, intervenciones quirúrgicas,...), dedicamos comentarios a los diferentes ámbitos de la **atención sanitaria** (primaria, especializada y urgencias); las denuncias relacionadas con la **praxis médica**, la infracción de los derechos reconocidos a los usuarios, la **prestación farmacéutica**, los dispositivos sanitarios, fundamentalmente por lo que hace a las incidencias atinentes a la edificación de nuevas infraestructuras, y en último término, una consideración específica de la problemática que afecta a la **atención sanitaria de las personas afectadas por enfermedad mental**.



En otro orden de cosas nos parece oportuno terminar este apartado introductorio significando que la relevancia de lo sanitario nos ha llevado a escoger este ámbito de nuestra actividad para elaborar durante el ejercicio de 2017 uno de nuestros informes especiales, para lo cual estamos llevando a cabo los contactos y trabajos preparatorios.

La actualidad del tema, por las iniciativas legislativas que se están promoviendo tanto a nivel estatal como autonómico, y el tiempo transcurrido desde que entró en vigor la ley andaluza reguladora, nos ha hecho centrar nuestra investigación en torno al concepto de **muerte digna**, y a plantearnos el objetivo de conocer la medida del cumplimiento de los derechos que la norma referida reconoce para garantizar la dignidad de la persona en el proceso de muerte



1.10.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.10.2.1 Salud Pública

Conviene comenzar este apartado enlazando con algunas actuaciones mencionadas en el informe del año pasado. Concretamente, entonces ya reflejamos algunas de las respuestas de las administraciones implicadas, a las Resoluciones emitidas en los expedientes de queja tramitados, para analizar la **incidencia de los factores ambientales en un posible incremento del riesgo de padecer determinadas enfermedades, en las áreas geográficas de Huelva (queja 09/1699) y el Campo de Gibraltar (queja 10/3859)**.

Tras exponer los pareceres de las Consejerías de Salud y de Medio Ambiente, quedábamos a la espera de recibir la respuesta de alguno de los Ayuntamientos afectados, recepcionándose la de Huelva durante 2016, el cual, aun manifestando la necesidad de que concurran todas las voluntades de las Administraciones y organizaciones implicadas para poder dar cumplimiento a las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) que fueron asumidas por esta Institución, muestra la mayor disponibilidad para colaborar con el objetivo propuesto en la medida de sus posibilidades.

Por su parte, en el expediente alusivo a la zona del Campo de Gibraltar dimos traslado de las respuestas recibidas al promotor del mismo, al objeto de que manifestara las alegaciones oportunas, que se saldaron con la aportación de conclusiones y recomendaciones que en general apuntan la inconcreción de aquellas, por falta de activación de medidas específicas.

De todas formas, el análisis de toda la documentación reunida nos ha permitido considerar en ambos casos que **existe una voluntad de aceptación de las Resoluciones dictadas por esta Institución por parte de las Administraciones** interpeladas, y concluir de esta forma nuestra intervención, sin perjuicio de lo que pueda resultar de las actuaciones de seguimiento que se lleven a cabo para verificar su efectivo cumplimiento.

Por otro lado, también recogíamos el anuncio de puesta en marcha del **programa de cribado de cáncer de colon**, que comenzaba su andadura en determinados centros de salud. Durante este año hemos podido conocer cómo el número de centros que lo vienen desarrollando se ha incrementado, pero al parecer no resulta aún suficientemente significativo, tal y como pudimos desprender de las informaciones ofrecidas por las distintas juntas provinciales de la Asociación Española contra el Cáncer en Andalucía, con las que mantuvimos reunión en nuestra Oficina, lo cual sin duda generará próximamente la incoación de expediente de queja de oficio, para efectuar el seguimiento de la implantación del programa al cual nos comprometimos.

Tradicionalmente, el apartado **vacunas** es otro de los que habitualmente desarrollamos dentro de este epígrafe. El año pasado dimos cuenta de la iniciación de oficio de un expediente relacionado con la vacuna de la **tosferina** a las embarazadas (queja 15/5229), y tras la resolución de la problemática generada a este colectivo, surgió, consecuentemente, la que afectó **a los niños/as que según el calendario oficial de vacunación debían recibir a los seis años una dosis** de aquella, y como consecuencia de la situación global de desabastecimiento han visto demorada la aplicación, por la reserva de existencias efectuada precisamente para tratar a las mujeres embarazadas, y evitar así el riesgo para la salud de los recién nacidos hasta la aplicación de la primera dosis, que se había concretado en algunos fallecimientos.

Tras recibir las denuncias de múltiples ciudadanos que se veían sorprendidos por la falta de vacunación de sus hijos, decidimos iniciar de oficio la queja 16/1969 pues aun conociendo por nuestra parte el estado de la cuestión, y habiendo ofrecido explicaciones sobre el mismo a los interesados, detectamos desconcierto en estos últimos por la falta de información desde los centros de salud, que se limitaban a emplazarlos a acudir de nuevo al transcurrir un período indeterminado, sin que nadie fuera capaz de explicarles cuándo podrían ser vacunados sus hijos/as.

Una vez ofrecidas explicaciones sobre la manera en la que se han distribuido las dosis disponibles entre las Comunidades Autónomas, y cómo la nuestra las ha repartido entre centros de salud y puntos de vacunación, la Administración sanitaria lanza un mensaje de tranquilidad refiriendo que la protección que se alcanza



con las tres primeras dosis de la vacuna es muy alta, y que el retraso en la administración de esta dosis de recuerdo no conlleva mayor riesgo, al tiempo que afirma que una vez se dispongan de las dosis necesarias se harán campañas específicas de captación de los niños que no estén vacunados.

El inicio de la **vacunación frente al neumococo** también se ha traducido en expedientes de queja, en un principio dirigidos a conseguir su efectiva dispensación desde el sistema sanitario público de Andalucía (queja 16/2826), (pues hay que tener en cuenta que hasta primeros de diciembre de 2016 solamente recibían la vacuna quienes la adquirían por sus propios medios); y después (queja 16/6478, queja 16/6479, y queja 16/3586) encaminados a evitar discriminaciones en su administración para quienes habiendo recibido ya una dosis según la sistemática antes indicada, están en plazo de recibir las sucesivas, pero se ven excluidos de las mismas por la regla que determina que se proporcione exclusivamente a los nacidos a partir del 1 de octubre de 2016.

1.10.2.2 Atención Primaria

La atención que se proporciona desde los dispositivos que se insertan en el nivel de la **atención primaria** de la salud no ha sido una de las más cuestionadas, a la luz del número de quejas que se contabilizan en el sistema de registro informático de esta Institución, lo cual sin duda llama la atención teniendo en cuenta que se trata del escalón inicial del sistema, y se revela como llave para el acceso a otro tipo de atenciones más especializadas y complejas.

Las cuestiones que se han suscitado ante esta Institución son muy diversas, y se relacionan con los diversos aspectos del funcionamiento de los centros, tales como **horarios de apertura o dispensación** de determinadas prestaciones (queja 16/2561), falta de **sustitución de las bajas** prolongadas de los profesionales de referencia, fundamentalmente médicos (queja 16/3184), esperas no razonables para **citas** (queja 16/5890), discrepancias en cuanto a las **recetas** (queja 16/0642), o falta de derivación a especialistas (queja 16/0786).

En cuanto a las reivindicaciones que traducen denuncias por déficits globales en este campo en una determinada zona geográfica, el año pasado anunciábamos la conclusión de algunas actuaciones y dábamos cuenta como novedad de la atinente a la **atención sanitaria en La Palma del Condado** (queja 15/5600).

Este ejercicio recibimos la información solicitada al Distrito Sanitario correspondiente, y valoramos su respuesta a la solicitudes de incremento de la dotación de personal, y ubicación de una base del 061 o desplazamiento de la UVI móvil emplazada en Bollullos a la localidad; disminución de los plazos de espera en los servicios ofrecidos, adopción de medidas para la promoción de la salud, y adecuación de las instalaciones, considerando en su caso la procedencia de edificar un nuevo centro de salud.

En relación con los asuntos enunciados, el informe administrativo ofrece diversas explicaciones sobre los ratios de personal (1/1401 en el caso de los médicos, 1/2088 en el de los enfermeros, y 1/1050 y 1/984, para los pediatras respectivos), dinámica de funcionamiento de la atención urgente (horario de 20 a 8 horas de lunes a viernes, y 24 horas los sábados, domingos y festivos, para lo que dispone de dos equipos formados por médico y enfermera y un celador-conductor, así como ambulancia convencional, encontrándose al mismo tiempo bajo la cobertura del equipo móvil ubicado en Bollullos), desarrollo en el centro de toda la cartera de servicios (incluyendo atención odontológica, radiología, fisioterapia y rehabilitación), además de albergar una unidad de salud mental comunitaria.

La aspiración de contar con una atención sanitaria de calidad es muy legítima, teniendo en cuenta además la importancia del bien al que afecta, que no es otro que la salud de los ciudadanos, pero la suficiencia de los medios debe analizarse desde la perspectiva de la limitación de recursos que siempre va unida al sistema sanitario, incluso en períodos no afectados por la crisis económica, por lo que teniendo en cuenta estos parámetros no pudimos encontrar en la situación descrita en cuanto al centro de salud de La Palma del Condado, una posición de singular desventaja en relación con poblaciones de características similares, por lo que concluimos no estimando necesaria nuestra intervención.



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 aparezca 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

Prevaleciendo 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**



Badolatosa (Sevilla), sobre la cual hemos intervenido con reiteración, solventándose hasta el momento la demanda realizada por la población de la zona, una vez acreditada la posibilidad de ser atendida en el punto de urgencias de Jauja, con la utilización de la ambulancia ubicada en este último para la realización de desplazamientos que sean necesarios al hospital de Osuna, de forma coordinada con uno de los equipos móviles del punto de atención urgente de Estepa, que completará el traslado tras la recogida del paciente en una localización convenida entre ambos.

La solicitud de un **equipo médico adicional para** la atención urgente es el hilo conductor de sendas reclamaciones referidas a los municipios de **Alhaurín el Grande y Estación Cártama**. Con un ámbito parecido de cobertura poblacional, plantean esta pretensión para evitar la desatención que al entender de sus promotores se produce, cuando el único médico de guardia en el centro de salud de la localidad debe desplazarse en ambulancia para atender las urgencias fuera del mismo, llegando incluso a prolongarse esta situación durante un tiempo considerable.

Tras la puesta en relación de los medios disponibles en ambos casos y los datos de actividad ofrecidos, pensamos que en Alhaurín el Grande en principio no parece que las activaciones del equipo móvil, ni los tiempos que entrañan las mismas, distorsionen excesivamente la dinámica de atención en el propio centro de salud de los profesionales que conforman el dispositivo de atención a urgencias, en relación con la franja horaria controvertida; mientras que en Estación de Cártama solo durante los fines de semana podría resultar discutible.



Ahora bien, ello no quita que la actividad asistencial pueda verse salpicada de disfunciones, puesto que la coincidencia o sucesión de demandas de atención con elevado nivel de prioridad en un corto espacio de tiempo, unido a la concurrencia de activaciones del equipo móvil, incluso para dar cobertura secundaria a otras localidades, puede originar en determinados momentos situaciones de difícil atención, incumbiendo a la Administración la función de minimizarlas y tratar de responder de la mejor manera posible.

A pesar de todo, traemos a colación la previsión que en el denominado **Plan de Mejora de las Urgencias Hospitalarias** se contiene en relación con la elaboración de un plan de mejora de las urgencias prehospitalarias (dispositivos de cuidados críticos y urgencias de atención primaria y 061), y el compromiso asumido por la Administración en la respuesta a las **Recomendaciones** emitidas en la queja de oficio tramitada por esta oficina sobre urgencias hospitalarias (queja 15/0161) para llevarlo a cabo, dándose cuenta de los primeros pasos que se estaban adoptando

Como nos parece que la valoración que conlleva la elaboración del mencionado plan es el método más efectivo para evaluar situaciones como las que se plantean en estas quejas, nos hemos propuesto realizar el seguimiento de su oportuna materialización.

Por otro lado, quisiéramos dejar constancia de la resolución favorable de la problemática originada por la denunciada inactividad del **servicio de urgencias del centro hospitalario de alta resolución de Alcalá Real (queja 14/0497)**, tras la comunicación por la Administración Sanitaria de la existencia de un compromiso de apertura a lo largo de 2016, y sobre todo tras conocer por diversos medios de comunicación, que definitivamente se completó la cartera de servicios de dicho centro, poniéndose en funcionamiento dicha prestación con fecha 1 de abril.



En cuanto a las **urgencias de Baza**, que constituían el objeto de la queja 15/1903, estimamos oportuno solicitar a la Administración Sanitaria el traslado de una copia del estudio técnico realizado para analizar la situación.

A la vista de los datos de actividad obtenidos en un determinado período, aquella llega a la conclusión de que el servicio de urgencias del hospital puede asumir la atención de los pacientes que vienen siendo atendidos por la UCCU de atención primaria, sin superar el estándar recomendado (tres pacientes por hora para cada facultativo en todos los tramos horarios).

Partiendo de esta premisa se postula un nuevo modelo de atención a urgencias en la zona que conlleva la eliminación del punto fijo de atención primaria de urgencias, de manera que en el horario ordinario de funcionamiento del centro de salud (desde las 8 hasta las 20 horas) se proporcionará por los facultativos del mismo, y por el equipo móvil allí ubicado en cuanto a la atención de urgencias en el exterior; trasladándose este al hospital en el tramo que va desde las 20 horas hasta las 8, y durante los fines de semana, y dispensándose desde aquella atención urgente ininterrumpidamente a quienes la demanden, o sean derivados por los equipos móviles o desde los centros de salud.

Lógicamente, desde esta Institución no podemos discutir los parámetros de actividad tomados como referencia, aunque estimamos irregular el mantenimiento de una duplicidad de módulos de atención urgente en un mismo dispositivo que se reparte los pacientes conforme a criterios artificiosos, y creemos que, al margen de que las decisiones adoptadas puedan entenderse adecuadas o no, obedecen a la mecánica que ha precedido su adopción en otras ubicaciones, tras la valoración específica de los principales indicadores en estos casos (población, cronas, recursos y frecuentación).

1.10.2.4.2 Urgencias Hospitalarias

En el informe de 2015 dimos conocimiento de la iniciación de un expediente de queja de oficio (queja 15/4983) para investigar la implantación en todos los centros hospitalarios que cuentan con servicios de urgencia, del **protocolo de atención en las Urgencias a las personas en situación de riesgo social**, a fin de conocer los resultados de la evaluación de funcionamiento, que al cabo de un año, estaba llevando a cabo la Administración Sanitaria.

En este orden de cosas, quisimos conocer si todos los centros contaban con los requisitos básicos establecidos en el mencionado protocolo, a saber, si se había adaptado aquel y con qué fecha, si tenían disponible la guía de servicios sociales comunitarios, se habían establecido las actuaciones de la unidad de trabajo social (UTS) y definido la estrategia ante la falta de recursos de servicios sociales, se contaba con un sistema de registro en funcionamiento, se habían desarrollado acciones formativas del personal y se contaba con espacio que preservara la intimidad de las entrevistas.

A este respecto, el informe remitido de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS nos indicó que la totalidad de los hospitales públicos cuenta con un procedimiento específico de atención, habiéndose adaptado el mismo al protocolo actualizado con anterioridad a 2015 en un 51,65% de los casos, y durante dicho ejercicio en el 48,39%.

También señala el informe que todos cuentan con una guía de servicios sociales comunitarios y disponen de un profesional de trabajo social de referencia (excepto el hospital Alto Guadalquivir que se vale del apoyo de profesionales de atención primaria y servicios sociales), llevándose siempre a cabo un seguimiento de las personas acogidas al procedimiento, tanto en urgencias, como después del alta.

Al mismo tiempo, refiere que el 96,77% de los hospitales ha definido una estrategia específica para el caso de inexistencia de recursos sociales, encontrándose aquella en elaboración en el hospital de Riotinto; y que un 83,87% tiene un sistema de registro específico para esta tipología de proceso, mientras que el resto se vale de los sistemas de información general del hospital.

Por otro lado, el 70,97% de los centros dispone de un espacio para llevar a cabo las entrevistas en el ámbito de urgencias, mientras que los demás los tienen en otros servicios.



Por último, y por lo que respecta a la formación de los profesionales de urgencias y los responsables de la utilización de la guía de servicios sociales comunitarios, se alude a su desarrollo al momento de elaboración del informe, incorporándose otras actividades de esta naturaleza al plan de formación del año 2016.

Pues bien, junto a estos datos, también solicitamos que se cuantificaran los casos de pacientes en situación de riesgo social que se habían detectado en el período que estamos considerando de vigencia del procedimiento, clasificados por centro hospitalario, y atendiendo al criterio de inclusión en la categoría reseñada (personas con discapacidad que acuden solas, o acompañadas por persona que presenta dificultades para atenderle, ancianos con sospecha de malos tratos o abandono, mujeres o menores con sospecha de malos tratos, y personas sin hogar).

Además, en relación a este último colectivo (**personas sin hogar**) quisimos conocer aproximadamente la tipología de las afecciones que motivó la comparecencia en urgencia, el contenido de las intervenciones de la UTS que se desarrollaron, el número de casos en los que se determinó la derivación a un recurso de servicios sociales y la tipología de los mismos, así como el de supuestos en los que se acordó la prolongación de la estancia hospitalaria para garantizar la continuidad asistencial, el tiempo que alcanzó la misma y la dependencia del centro donde se llevó a cabo.

Sobre el particular el informe comenta que entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2015, comparecieron en los servicios de urgencia de hospitales públicos andaluces 1.591 personas que cumplían alguno de los criterios de riesgo social contemplados en el protocolo, se menciona que 966 fueron derivados a algún recurso social, (60,72%), y 383 prolongaron la estancia en el centro.

Del cuadro explicativo que se adjunta puede desprenderse que los hospitales que recibieron un mayor número de pacientes de estas características fueron, en orden decreciente: Virgen del Rocío (215 casos), Torrecárdenas (118), Virgen Macarena (110), Regional de Málaga (107) y Costa del Sol (103).

Ahora bien, en la medida en que no se distingue por criterio de inclusión, no podemos contabilizar cuáles de estos casos se correspondieron con la tipología de personas sin hogar, y por lo tanto cuál fue la pauta de intervención más frecuente en los mismos, y el tipo de recurso utilizado para la derivación, cuando se pudo poner en práctica esta vía.

No está de más hacer esta precisión puesto que una de las observaciones que desde esta Institución realizamos a la propuesta de protocolo, es que no existen espacios sociosanitarios a los que estas personas puedan acceder temporalmente en tanto se resuelve la enfermedad o al menos la crisis de la misma, y mientras se analiza su situación con idea de alcanzar otra solución que pudiera resultar definitiva en relación con la problemática social que les afecta.

En esta tesitura reflejamos también que los centros residenciales que se integran en el sistema de servicios sociales especializados no se conciben como dispositivos temporales para recibir cuidados y atención sanitaria, y que no está previsto un acceso inmediato a los mismos, el cual normalmente exige el reconocimiento de dependencia y la instrumentación de un largo procedimiento.

En todo caso, se nos dice que las derivaciones se han producido, con carácter general, a los siguientes tipos de recursos: centros residenciales, centros de acogida, centros de atención a drogodependencias, ayuda a domicilio, centro de atención a la mujer, servicio de protección de menores, servicios sociales comunitarios, dispositivos de salud mental, unidades de estancia diurna, ONG y viviendas de apoyo a enfermos de SIDA.

En definitiva, se afirma que el procedimiento se está aplicando en todos los hospitales, planteándose como áreas de mejora los tres puntos que se reflejan a continuación: diferenciar criterios de riesgo social y urgencia social, para poder establecer un nivel real de prioridad en la atención a personas vulnerables; determinar protocolos consensuados con los organismos de los que dependen los recursos sociales más utilizados, e incrementar la formación,

Como consecuencia de la evaluación practicada, se avanza como resultado una nueva versión actualizada del protocolo (fechada el 07.08.2015 viene a sustituir a la que lo fue el 16.03.2014), tras cuyo análisis, aparte de algunas precisiones terminológicas, se descubre un nuevo apartado dedicado a la descripción



de funciones, tanto del personal de triaje, como del equipo responsable, en el que se contemplan aspectos más relacionados con la asistencia de urgencias propiamente dicha.

Del análisis de su contenido nos gustaría destacar tres aspectos:

1. la anticipación de la atención a los pacientes incluidos en el ámbito de aplicación del protocolo, una vez asignado nivel de prioridad y circuito de atención, respecto de los pacientes de igual grado de prioridad asistencial
2. la valoración de la necesidad de practicar una exploración analítica y radiológica básica, con independencia del motivo de la consulta, cuando se detecten factores de exclusión social que limiten el acceso a los servicios de salud, y
3. la limitación de la permanencia en urgencias a un período de 24 horas, cuando sin haber criterio de ingreso se decide prorrogar la estancia hospitalaria por razones de desprotección o vulnerabilidad social, debiéndose en este tiempo, si no hay resolución del caso, indicar el procedimiento para establecer la unidad de gestión clínica hospitalaria de destino del paciente.

Atendiendo a la expuesto, podemos **concluir** que los requisitos básicos del protocolo se cumplen de manera casi generalizada en los hospitales del sistema sanitario público, que de hecho ya se está funcionando con el mismo y se ha detectado un número concreto de pacientes con criterios para ello, de los cuales algunos se han beneficiado incluso de la medida excepcional de prórroga de la estancia hospitalaria que contempla.

Por otro lado, en la nueva versión del protocolo se vislumbran algunos aspectos que entroncan más directamente con la asistencia sanitaria propiamente dicha que se proporciona a estos pacientes, y por lo tanto, en cierta medida, se aproximan a algunas de las sugerencias que sobre este punto se plantearon desde esta Institución.

1.10.2.5 Tiempos de respuesta asistencial

Probablemente no hay un indicador de la calidad de la asistencia que aparezca más íntimamente ligado a los niveles de satisfacción de los usuarios que los **tiempos de respuesta asistencial**.

En el cómputo general de las quejas recibidas, las relacionadas con los tiempos que marcan las intervenciones quirúrgicas, las pruebas diagnósticas y las consultas de especialidades representan aproximadamente el 25%, mientras que la tramitación de los expedientes en este ámbito ha generado el grueso de las Resoluciones emitidas.

Partimos de un posicionamiento muy consolidado de esta Institución en torno a la **exigencia de plazos razonables** para las distintas actuaciones, demandando medidas para que se respeten los tiempos máximos que se han establecido normativamente, y reclamando en caso de superación de los mismos que se notifique dicha circunstancia a los usuarios, para que puedan ejercer el beneficio asociado (posibilidad de requerir que la actuación sanitaria en cuestión se les proporcione en el ámbito asistencial privado); pero reclamando también que las actuaciones que no gozan del beneficio de garantía de plazo de respuesta se desarrollen conforme a los criterios que determinan una buena Administración.

Para valorar el nivel de observación de los plazos de garantía de atención en primeras consultas de especialidades en el **hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva**, cuyas agendas de citación se habían cerrado durante el verano, iniciamos de oficio la queja 15/3496.

En el curso de su tramitación llegamos a solicitar tres informes de la Dirección Gerencia del centro, saldándose el último de ellos con la remisión de los cuadros incorporados en Boletín de la Subdirección técnico asesora de gestión de la información del SAS, comparativos de visitas de atención primaria solicitadas y citadas por área hospitalaria y especialidad, y porcentajes de tramos de demora en consultas externas, relativos al ejercicio de 2015.



No podemos dejar de reseñar que la interpretación de los cuadros remitidos nos resulta bastante complicada, a pesar de lo cual tenemos que concluir, a la vista de los datos aportados, que la información periodística que sirvió de base para la iniciación del expediente no resulta acreditada, y por ello hemos decidido concluir nuestras actuaciones en el mismo, no sin antes advertir que en la información sobre listas de espera que se publica con posterioridad a su inicio (junio de 2016), se realiza un reconocimiento explícito del incumplimiento del plazo de garantía para la especialidad de traumatología, cuya espera media se sitúa aproximadamente en el doble de aquel (137 días).

Y es que, con independencia de los plazos que son objeto de publicación anual como resultado de un cálculo medio, en esta Institución hemos podido constatar directamente el incumplimiento de los términos máximos en supuestos concretos relacionados con todas las categorías “protegidas” por este sistema de garantía.

Así por ejemplo nos hemos manifestado en las Resoluciones emitidas para [primera consulta de especialista](#) (digestivo) en la [queja 16/1985](#), procedimientos [diagnósticos](#), en la [queja 15/3670](#) (colonoscopia), la [queja 16/1801](#) (colonoscopia con sedación), y la [queja 15/5427](#) (ecografía abdominal); e [intervenciones quirúrgicas](#), en la [queja 15/5439](#) (hernia discal).

Con respecto a las [intervenciones quirúrgicas que no tienen señalado plazo de garantía](#), el año pasado dimos cuenta de la Resolución elaborada en la queja de oficio [14/3235](#), sin llegar a comentar la respuesta recibida, la cual analizada con posterioridad, no nos ha permitido considerar aceptados los términos de aquella.

Así, por un lado la Administración afirmaba que el incremento de medios personales y materiales que proponíamos no siempre soluciona la problemática que se ponía de manifiesto, y se invocan para ello diversas medidas (mejora de los sistemas de información, reorganización de los servicios, revisión de protocolos y autoevaluaciones), que en su opinión ya se vienen practicando, porque resultan implícitas en el modelo de gestión clínica, o se exigen a efectos de la acreditación, aunque en nuestra opinión, sin cuestionar la validez de dichos instrumentos para lograr la mejora de la calidad, los mismos resultan insuficientes para disminuir la demora que preside la práctica de las intervenciones que consideramos, como de hecho queda demostrado por el aumento sucesivo del tiempo medio de respuesta del conjunto de las veinticinco intervenciones más frecuentes entre las mismas, en los años a los que se refieren los datos suministrados en el informe administrativo.

Recordamos la mención que de este aspecto hacíamos en nuestra resolución, por el aumento de 62 días experimentado entre 2012 y 2014, período en que sin lugar a duda ya venían funcionando los mecanismos más arriba aludidos, sin que ello tuviera una incidencia significativa en la resolución del problema.

En segundo lugar, y por lo que hace a nuestra propuesta de publicación de información sobre lista de espera para estas intervenciones, se rechaza esta posibilidad alegando que estos procedimientos quirúrgicos son muy heterogéneos, que intervienen distintas especialidades y a veces se realizan en distintos tiempos, por lo que su sistematización es dificultosa para que resulte comprensible.

A nuestro modo de ver, las argumentaciones expuestas no desvirtúan la posibilidad de ofrecer información sobre los procedimientos más frecuentes, tal y como se hizo con esta Institución en el informe remitido, pues las dificultades de comprensión sobre la misma se sitúan en el mismo nivel de las que afectan a la información sobre algunos de los procesos que están sometidos a garantía de plazo, y que por el contrario son repetidamente exhibidos.

Por otro lado, la aludida posibilidad de consulta de los tiempos de espera para las intervenciones por parte de los pacientes a las que se les han recomendado, solamente aparece referida en la web institucional del SAS, vinculada a los operativos Inters@s y Salud Responde, a los procedimientos que vienen amparados por la garantía de plazo.

En último término, se nos pone al corriente de una iniciativa de abordaje integral de la [obesidad mórbida](#), para lo cual se va a constituir un grupo de expertos destinado a revisar la situación actual y establecer nuevos modelos organizativos para su atención, que resulten más eficientes.



Por la experiencia de esta Institución en el proceso asistencial de estos pacientes, el itinerario es largo y complejo, y en el mismo participan unidades especializadas y comités que deciden en torno a protocolos preestablecidos.

No dudamos que la revisión que se realice redundará en beneficio de la práctica quirúrgica que estos pacientes precisan, pero entendemos que esta cuestión, al margen de la previsión temporal que pudiera existir para su puesta en marcha, no permite por sí sola considerar aceptados los términos de nuestra resolución, desde una perspectiva global de la misma.

En todo caso, en este año, hemos tenido ocasión de pronunciarnos nuevamente en torno a la demora que preside este tipo de intervenciones (intervención de mandíbula en la [queja 15/2575](#), hemangioma en la [queja 16/1296](#) y cirugía bariátrica en la [queja 16/2626](#)).

Junto a **intervenciones quirúrgicas que no tienen plazo de garantía**, también se reclama por lo que podríamos llamar plazos intermedios: las citas para recogida de los resultados de las pruebas diagnósticas, las consultas para unidades especializadas en determinados procesos patológicos (traumatología, oftalmología), o el inicio de determinados tratamientos (rehabilitación, radioterapia) son las que realmente pueden llegar a eternizar un proceso asistencial, tanto en su faceta diagnóstica, como en la terapéutica.

Ciertamente resulta difícil imaginar, a tenor de la variabilidad de los itinerarios asistenciales, mecanismos que establezcan límites similares a los plazos de garantía en estos casos, pero merece la pena reflexionar al respecto, y sobre todo cabe reclamar un aumento de los medios en aquellos pasos intermedios que se han traducido en algunos casos en auténticos puntos negros del sistema (resoluciones sobre lista de espera para ser atendido en unidad de rodilla en la [queja 16/0183](#) y la [queja 16/4249](#), o en la unidad de retina en la [queja 16/4314](#)).

Con todo, en nuestra intención de tratar de seguir reconduciendo los tiempos de respuesta asistencial a niveles de razonabilidad, y teniendo en cuenta las esperas que se estaban barajando para la **reconstrucción mamaria** de las mujeres sometidas a mastectomías por causa de patología oncológica, hemos tramitado de oficio en este ejercicio la [queja 16/0714](#), habiendo llegado a elaborar **Recomendación** para el establecimiento de plazos de garantía de respuesta en los procedimientos quirúrgicos que conforman las diferentes fases del proceso de reconstrucción, que ha culminado en la publicación de la Orden de la Consejería de Salud de 22.10.2016, por la que se incorporan dichos procedimientos al Anexo I del Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

1.10.2.6 Praxis médica

Con reiteración hemos explicado nuestro cometido en los expedientes de queja que incorporan denuncias de **mala praxis asistencial**, poniendo de relieve la imposibilidad de evaluar si se ha producido un apartamiento de la Lex artis, aunque mostrándonos dispuestos a valorar otras circunstancias del desenvolvimiento de los servicios que puedan considerarse susceptibles de mejora.

Aunque durante el ejercicio que comentamos se suscitaron algunas de estas demandas (en varios casos el asunto pendía de resolución judicial), ciertamente ha prevalecido en el conjunto de las quejas registradas,



la problemática aparejada a la tramitación de los expedientes administrativos que deben conducir a un pronunciamiento sobre la concurrencia de **responsabilidad patrimonial**, partiendo precisamente de una decisión sobre la existencia de mala praxis.

En este orden de cosas, ya llevamos varios años llamando la atención sobre la incidencia que en la demora global que preside la resolución de estos expedientes, tiene el retraso en la aportación al servicio encargado de su tramitación, de los historiales clínicos o informes adicionales solicitados, desde los centros sanitarios en los que tuvo lugar la asistencia cuya corrección se discute.

La mayoría de las quejas se ciñen a dos hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y durante 2016 ha tenido especial protagonismo a estos efectos el **Complejo hospitalario universitario de Granada**, donde el retraso en algunos casos ha llegado a ser muy significativo.

Ya en el informe correspondiente a 2015 dimos cuenta de la Recomendación emitida a la Administración Sanitaria para que instara a los centros de los que se estaba a la espera de recibir documentación necesaria para la tramitación de expedientes de responsabilidad patrimonial, más allá del plazo de un mes previsto en la Resolución 39/2010, de 27 de enero, a revisar todos los requerimientos pendientes en esta materia, y dar cumplimiento a los mismos a la mayor brevedad.

Este ejercicio hemos tenido que volver a pronunciarnos por este mismo asunto en la queja 16/1702 y la **queja 16/2662**. Y es que si bien el hospital mencionado nos respondió indicando que se había solicitado al servicio gestor de estos expedientes información sobre aquellos respecto de los cuales el centro debía proceder a su agilización, para así facilitar la emisión de los dictámenes técnicos correspondientes, quedando a la espera de las instrucciones que considerara pertinentes de la Dirección General; por nuestra parte estimábamos que el hospital debía ser perfectamente consciente de los requerimientos recibidos, el plazo al que le obliga la resolución a la que más arriba nos referíamos, así como el que se establece en la normativa vigente para concluir la tramitación de aquellos, por lo que no necesita instrucciones adicionales a las ya emitidas por la Dirección General con carácter previo, para cumplir con las obligaciones que le atañen en este ámbito.

No obstante, y con el objeto de contribuir a facilitar la gestión que analizamos, y de acuerdo a las posibilidades que a esta Institución confiere el art. 29.1 de su Ley reguladora, acordamos elevar **Recomendaciones** en la referida queja 16/1702 para que la **Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS** tras la revisión de los expedientes de responsabilidad patrimonial en trámite que se encuentran pendientes de recibir documentación del Complejo hospitalario universitario de Granada, comunique a este último un listado de los mismos, instándole a su inmediata cumplimentación; así como para que la **Dirección Gerencia** de este último contacte con el Servicio de Aseguramiento y Riegos para clarificar las solicitudes de remisión de historias clínicas e informes médicos que estén pendientes, y se comprometa a dar respuesta inmediata a las mismas, y a respetar en el futuro el plazo de un mes previsto para este cometido en la Resolución 39/2010, de 27 de enero.

1.10.2.7 Derechos de los usuarios

Son habituales las reclamaciones relacionadas con la propia titularidad del derecho a la asistencia sanitaria del sistema público, y la expedición de los documentos que pueden utilizarse para hacerla valer; el acceso a la información sobre el proceso asistencial y el consentimiento informado previo a las distintas actuaciones asistenciales; la libre elección de profesionales sanitarios y centro hospitalario para someterse a intervenciones o tratamientos; o la obtención de copia de la historia clínica.

En este marco emitimos una nueva **Resolución** en materia de **libre elección de especialista psiquiatra** (queja 15/4809), asistimos también a otras reclamaciones para el **acceso a la información sanitaria de sus hijos por parte de cónyuges no custodios** (queja 16/1254, queja 16/4878 y queja 16/6339), o también recogimos una denuncia por la negativa a aceptar el ejercicio del **derecho a la segunda opinión facultativa** (queja 15/5392), aunque en estos casos estimamos que aquella puede soslayarse a través del de la libre elección de especialista y hospital.



Subsistiendo las reclamaciones sobre estos derechos que podríamos considerar convencionales, empiezan a cobrar relevancia otros más novedosos, significativamente el **derecho a la protección de datos de carácter personal**, en muy diversas vertientes.

Así se invoca el mismo en relación con la difusión impropia de información relacionada con el estado de salud de un paciente, más allá del restringido ámbito de personas que pudieran acceder a la misma por verse implicados en su tratamiento. Por ejemplo en la queja 16/1007 se trata de **datos sobre enfermedades de una persona sin hogar** en el anuncio efectuado para su localización por sospecha de padecimiento de grave enfermedad contagiosa. En la queja 15/3309 se sospecha del conocimiento que sobre un determinado episodio asistencial parecen tener el resto de pacientes ingresados en el mismo área del hospital. En la queja 16/1385 lo que se cuestiona es que el volante de derivación para la solicitud de cita de especialistas incorpore datos sobre los **antecedentes patológicos del paciente**. En la queja 16/6211 se denuncia la revelación por parte de un profesional médico del **estado de embarazo de una ciudadana a personas ajenas sin su previa autorización**. En la queja 16/844 lo que se cuestiona es la **remisión indiscriminada de información clínica** (incluidas las anotaciones subjetivas que constan en la historia) a la autoridad judicial, con ocasión de un procedimiento penal. Y por último en la queja 16/4589 se denuncia la entrega por dos veces de la historia clínica correspondiente a otro paciente.

En otros casos lo que se pretende es eliminar un determinado registro de la historia clínica, normalmente relacionado con el padecimiento de enfermedades mentales, mediante el ejercicio del **derecho de rectificación o cancelación**. De esta forma en la queja 15/4168 no se tuvo inconveniente en la eliminación de un determinado diagnóstico (esquizofrenia) por falta de motivación para su constancia en su historia clínica, dado que no se encontró ningún episodio ni tratamiento sugestivo del mismo, aunque el borrado del mismo, al conllevar la desaparición de la trazabilidad de dicho dato, impidió informar al interesado sobre quién lo introdujo, o cuándo.

También reviste interés la solicitud de información epidemiológica que se ventila en la queja 16/1661, pues mediante la misma se denuncia la negativa a proporcionar datos estadísticos de contagios de pacientes por *Klebsiella Pulmoniae* Carbapenemasa. La petición proviene de familiares de pacientes afectados, y la tramitación del expediente les ha permitido conocer el número total de casos declarados al Sistema de Vigilancia de Andalucía, así como el de brotes producidos por la bacteria, aunque la Administración Sanitaria estima que en ninguno de los pacientes afectados se ha evidenciado asociación causal entre infección por KPC y fallecimiento, debiéndose este en los pacientes que han muerto a la presencia de patologías de base de extrema gravedad, determinantes de la evolución y el pronóstico.

Por lo demás, también hemos tenido ocasión de valorar hasta qué punto se satisface el **derecho de un usuario a recibir respuesta escrita a su reclamación en los plazos reglamentariamente establecidos**, pues aun admitiendo la cumplimentación de estos aspectos (tiempo y forma) en la que se emitió al interesado en la queja 15/5551, pensamos que ello no bastaba para que la estimáramos adecuada, pues tal y como hemos podido comprobar también en otras ocasiones, nos parece que aquella no iba más allá de la realización de proclamas y manifestación de intenciones, pero no analizaba el problema planteado, es decir, si existía o no déficit de medidas de seguridad en la unidad hospitalaria de salud mental del centro, y no se pronunciaba en torno a medidas para combatirlo, en caso de que se apreciara aquel.

La normativa que regula el Libro de Reclamaciones de la Junta de Andalucía, así como el tratamiento que de las mismas se hace en la Carta de Servicios del SAS, obliga a comunicar actuaciones, y en su caso, medidas adoptadas, y no creemos que la respuesta a la reclamación del interesado respete estas prescripciones, y por lo tanto, sirva a la finalidad que debe presidir el sistema de reclamaciones, que no es sino la de detectar deficiencias y tratar de buscarles solución, propiciando al mismo tiempo la participación de los usuarios.

A tenor de lo expuesto, formulamos **Resolución** al hospital recomendando que la formulación de Reclamaciones y Sugerencias por el funcionamiento del servicio sanitario se siga de un análisis pormenorizado del asunto planteado que permita detectar déficits y valorar posibilidades de mejora, de forma que la respuesta emitida a las mismas, más allá de manifestaciones de intenciones, se centre en comunicar las actuaciones indagatorias realizadas y las medidas adoptadas en el caso concreto, sin perjuicio de otro tipo de evaluaciones globales que de manera periódica se puedan llevar a cabo.



En este orden de cosas, la demora en la remisión de algunos de los múltiples informes solicitados en el curso de la queja de oficio 15/5474, que se inició el año pasado sobre el establecimiento de un sistema de reclamaciones y sugerencias en la gestión de los servicios sanitarios públicos, nos ha impedido pronunciarnos de forma generalizada sobre este asunto, por lo que esperamos poder dar cuenta de nuestras actuaciones en el mismo en un próximo informe.

1.10.2.8 Farmacia

En el conflicto de competencias suscitado entre el INSS y la Administración Sanitaria Autonómica en orden a la resolución de las reclamaciones por discrepancia en cuanto a los grupos de **copago** asignados, o el reconocimiento de la exención del mismo, que motivó la iniciación de oficio de la queja 12/5032, determinamos tras la recepción de los correspondientes informes, la derivación del asunto a la Defensora del Pueblo del Estado.

Durante bastante tiempo dicha Institución ha tramitado este tema hasta el punto de que, tras considerar que no resulta excesivo interpretar que entre las variaciones de la condición de asegurado o beneficiario se debe entender comprendida la decisión sobre el tipo de aportación farmacéutica que corresponde a cada usuario de un sistema de salud, formuló diversas Recomendaciones al Ministerio de Empleo y Seguridad Social para que las entidades gestoras de la Seguridad Social asumieran la competencia sobre resolución del tipo de aportación farmacéutica, así como al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para que impulsara las modificaciones normativas oportunas que permitieran garantizar adecuadamente los derechos de los ciudadanos en esta materia, ofreciendo seguridad jurídica a todas las partes implicadas.

A este respecto el primero de los organismos citados, aun continuando con el rechazo de la competencia, afirmó su voluntad en avanzar en la solución del problema y propuso la firma de un convenio marco entre los dos Ministerios implicados, que permitiera instrumentar una encomienda de gestión desde la Administración Sanitaria, manifestando también el segundo de ellos su prediposición para alcanzar un acuerdo.

Pues bien, durante el pasado ejercicio recibimos una comunicación de la Defensora del Pueblo del Estado manifestándonos la conclusión de actuaciones en el expediente, a la que se llega tras informar de la reunión mantenida en junio de 2016 por el Secretario General de Sanidad y Consumo, la Directora del INSS, y dos subdirectores generales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y se da conocimiento de la creación de unos grupos de trabajo que “de facto están funcionando para gestionar adecuadamente los problemas planteados que van surgiendo”.

La vigencia simultánea de normativa estatal y autonómica relacionadas con la **indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios por parte del personal de enfermería**, motivó la comparecencia en esta Institución de algunos integrantes del mismo a fin de manifestar su preocupación por la situación de inseguridad jurídica que a su modo de ver les viene afectando, aludiendo en este sentido a órdenes contradictorias, informaciones y advertencias .





Y es que la Comunidad Autónoma Andaluza es la única que ha regulado esta materia, a través del Decreto 307/2009, de 21 de julio (BOJA del 5 de agosto), de manera que al amparo del mismo los profesionales venían desarrollando la aludida labor en tres ámbitos concretos: la denominada prescripción colaborativa, en orden al seguimiento de tratamientos que están sujetos a prescripción facultativa; la prescripción de fármacos que no están sujetos a receta médica; y los denominados productos sanitarios.

En este orden de cosas, dichos profesionales han sido acreditados por la Administración Sanitaria autonómica, una vez realizada la pertinente formación, y por otro lado se ha producido la aprobación de diversos protocolos en cuyo marco la aludida prescripción colaborativa ha venido teniendo lugar.

Pues bien, con posterioridad a dicha regulación, (que resulta incluso anterior a la modificación de la antigua Ley 29/2006, de 28 de julio, de Garantías y Uso Racional del Medicamento, por la Ley 28/2009, de 30 de diciembre), y dando cumplimiento a las previsiones de esta última, que luego se incorporaron al actual Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, por parte del Gobierno del Estado se ha elaborado el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos de uso humano por parte del personal de enfermería.

Con independencia de la discusión que se cierne sobre la legalidad de algunos aspectos de su texto, que ha motivado la formulación de diversos recursos jurisdiccionales, en el ámbito territorial andaluz además se prevé un conflicto de competencia por entenderse que la normativa estatal invade competencias propias de la Comunidad Autónoma Andaluza.

Y es que desde el ámbito autonómico se estima como propia, atendiendo a la naturaleza ejecutiva de estas funciones, la competencia de acreditación en la materia de formación del personal sanitario, correspondiéndole a su entender el desarrollo de la oferta formativa, la exigencia de los programas formativos, la autorización y el procedimiento para su obtención, pudiendo el Estado fijar las bases que podrían consistir en la fijación de los criterios generales de la formación necesaria para obtener las competencias que deben poseer los enfermeros acreditados por las Comunidades Autónomas y establecer los necesarios mecanismos de coordinación.

Pues bien, a nuestro modo de ver, aun cuando las funciones comentadas vienen siendo avaladas por la Administración Sanitaria Andaluza, ello no impide su cuestionamiento desde entornos profesionales y sindicales, cuando no desde profesionales de otros estamentos sanitarios en el ámbito estrictamente laboral, que han tildado de intrusismo este tipo de actuaciones.

Es por eso que desde esta Institución suscitamos ante esta última, así como ante la Defensora del Pueblo el Estado, con el fin de que se lo trasladara al Ministerio de Sanidad, una doble alternativa temporal de solución.

Así por un lado propusimos un acuerdo de reconocimiento de la acreditación de los profesionales que ya venían desempeñando estas funciones (conforme a la D.T. única apartado 3 del R.D. 954/2015, de 23 de octubre), o en todo caso, una solicitud al mencionado Ministerio de impulso de la acreditación de las solicitudes individuales que pueda formular el colectivo amparado por dicha previsión.

Por lo que hace a la Administración Autonómica hemos recibido el informe que habíamos pedido, en virtud del cual, teniendo en cuenta su firme convencimiento en cuanto a sus propias competencias en materia de formación y acreditación, no entiende posible ni necesario el acuerdo que proponemos, aunque muestra su disponibilidad a certificar los reconocimientos o experiencias profesionales de los que tengan constancia, y que pudieran solicitarle.

Por su parte la Defensora del Pueblo estatal nos ha remitido el informe recibido del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, por el cual tampoco consideran viable el acuerdo referido, en la medida en que “puede suponer que se ignore una norma jurídica vigente”, aunque al mismo tiempo señala en relación con las solicitudes individuales de acreditación, que se vienen tramitando las que se han recibido (370) dentro de los plazos legalmente establecidos, y que se han emitido las primeras.



Consideramos, por tanto, que de esta forma se cuenta con un mecanismo para legitimar la situación de los profesionales que aún pueden mantener dudas sobre la legalidad de su cometido, aun cuando la Administración Sanitaria Andaluza en su informe muestra su interés en disipar cualquier tipo de incertidumbre de los profesionales en este campo, y a este respecto da cuenta de las iniciativas llevadas a cabo para contribuir a esta finalidad: nota de la gerencia del SAS para dar respuesta a comunicado del Satse; comunicación de la aseguradora Zurich, y explicaciones ofrecidas en la mesa sectorial de sanidad del día 29 de abril.

En este sentido llega a afirmar que “tiene el convencimiento de que las actuaciones de sus profesionales de enfermería respecto de la prescripción farmacéutica están totalmente amparadas por las normas vigentes y cubiertas por la póliza de responsabilidad civil sanitaria que tenemos suscrita”.

En otro orden de cosas la falta de interoperabilidad de la **receta electrónica** ha motivado también algunos conflictos para los usuarios que han pretendido utilizar las mismas en sus desplazamientos fuera de nuestra Comunidad Autónoma (queja 16/0029, queja 16/3502 y queja 16/5209), a los cuales hemos explicado el proyecto que se está llevando a cabo desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en orden a permitir que los ciudadanos puedan llegar a obtener su medicación en cualquier oficina del país, independientemente del lugar donde les hayan realizado la prescripción en dicha modalidad de receta, aunque el mismo aún se encuentra en fase de desarrollo.

1.10.2.9 Centros Sanitarios

Aunque en este epígrafe englobamos normalmente múltiples problemas que afectan a los dispositivos asistenciales de todo tipo, relacionados sobre todo con las condiciones materiales de los mismos: habitabilidad (queja 16/3599 sobre inadecuación de la sala de espera de un centro de diálisis, y queja 16/2827 sobre malas condiciones de la sala de espera de UCI del hospital de Valme), limpieza (queja 16/5098 sobre suciedad en dependencias del hospital Virgen de las Nieves, y queja 16/4452 relativa a suciedad en escalera de incendios del hospital de Jerez) ..., pero con incidencia en lo que venimos en llamar estrategia de humanización de la relación asistencial, también incluimos todas aquellas reclamaciones que se relacionan con la dotación, reforma o incorporación de **nuevas infraestructuras sanitarias**.

En las reflexiones que desde esta Institución hemos llevado a cabo sobre la afectación de los derechos de los ciudadanos por causa de la crisis económica, hemos evidenciado la paralización de las inversiones en este ámbito, afectando de muy diversa forma a los proyectos que pudieran plantearse en función del estado de situación de los mismos, hasta el punto de encontramos con hospitales o centros de salud prácticamente contruidos, pero que no llegaban a ponerse en marcha, junto al incumplimiento de los compromisos temporales previstos en la edificación de otros.

Ello no obsta para que durante este período hayan continuado los contactos con la Institución, fundamentalmente por parte de asociaciones vecinales o plataformas ciudadanas que se han constituido para alcanzar el objetivo de dotar de un equipamiento sanitario a una determinada área geográfica o localidad, con el objeto de que atienda las necesidades asistenciales de la población de las mismas.

Nos congratulamos por ello de que algunas de estas aspiraciones vean pronta su realización, en algunos casos tras largos períodos de estancamiento. Por poner algunos ejemplos y tras cambiar la consideración expuesta en el primero de los informes emitidos en la **queja 13/6059**, se nos anuncia la puesta en marcha del **consultorio de Torre de Benagalbón (Málaga)**, poniendo de manifiesto las ventajas que supondrá para la población. En el mismo sentido, la ejecución de las **obras para la adaptación de la antigua Casa del Mar** a fin de abrir un nuevo centro de salud en el barrio de la Pescadería de Almería (queja 14/3121) se anuncian para su comienzo en el segundo semestre de 2017.

Por lo que hace al inicio de la actividad en el nuevo **centro de radioterapia vinculado al hospital de Jerez (queja 15/3946)**, se nos han explicado las incidencias que han acaecido en el proyecto de construcción del edificio, y las gestiones realizadas para dotarlo con un acelerador lineal, con indicación del tiempo que se hace preciso en relación con alguno de los trámites que preside su instalación.



Por contra, por lo que hace a la construcción del **nuevo centro de salud de Nerja (Málaga)**, que es objeto de la queja 14/5340, y encontrándonos aún a la espera de recibir el informe que pedimos con carácter complementario, no parece que tenga visos de activación, si nos atenemos a las noticias divulgadas por algunos medios de comunicación. El **CHARE de Aracena** (queja 15/5161) sigue pendiente de la resolución de recursos planteados en sede judicial con carácter previo a la posibilidad de llevar a cabo una nueva adjudicación de la obra. Y una problemática similar, principiada por el concurso de acreedores de la empresa adjudicataria de la construcción, viene afectando a la **ampliación del hospital de Algeciras**, la cual se reconoce en el informe recibido en la queja 15/5161, estar totalmente paralizada, aunque se plantea retomar esta actuación para el próximo período dentro del marco de financiación europeo para la provincia de Cádiz.

1.10.2.10 Enfermos mentales

Dando cumplimiento a la iniciativa que anunciamos en el informe del año anterior, durante 2016 hemos promovido un expediente de queja de oficio (queja 16/5473) sobre **tratamiento asertivo comunitario (TAC)** en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (II PISMA) establece el TAC entre sus estrategias prioritarias de actuación, y a raíz de dicha consideración se elaboró el documento marco “Desarrollo de Programas de tratamiento asertivo en Andalucía (Consejería de Salud/SAS, 2010)”, en el que en relación a esta concreta modalidad de atención se establecen una serie de objetivos específicos, entre los que figura el de dotar a la red asistencial con los recursos necesarios para llevar a cabo estos programas.

En el Informe especial elaborado por esta Institución sobre **“La situación de los enfermos mentales en Andalucía”** se recogió la información suministrada en el II PISMA, en cuanto a las experiencias de este tipo que se habían puesto en marcha, advirtiendo que en la mayoría de los casos las mismas aparecían aisladas y dependientes de la coyuntura económica y política y, sobre todo, del voluntarismo de algunos directivos y profesionales más comprometidos con el objetivo de actuar «en y desde la comunidad» con aquellas personas afectadas de patología mental grave.



El documento más arriba señalado termina concluyendo que *“el TAC puede constituir un procedimiento de actuación eficaz para proveer una atención sanitaria de calidad a un perfil específico de personas usuarias: pacientes cuyas necesidades especiales pueden ser sólo parcialmente atendidas por los servicios de Salud mental al uso”*.

Se reconoce en este sentido que *“existen personas usuarias con altos niveles de disfuncionalidad que requieren respuestas más creativas y flexibles”*, y ciertamente el trabajo ordinario de esta Institución así lo ha puesto de manifiesto, pues muchas de las quejas que recibimos se relacionan con la atención sanitaria

de pacientes que aparecen desvinculados de los servicios de salud mental, presentan mala adherencia a los tratamientos, padecen una evolución tórpida, son sujetos de ingresos continuados,...

Desconociendo por nuestra parte el progreso que haya podido experimentar esta iniciativa, hemos iniciado este expediente de queja para conocer su grado de aplicación en el ámbito de las unidades de



gestión clínica de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía, interesando a este respecto información sobre cuáles de ellas cuentan con estos equipos en su cartera de servicios y cuántos están funcionando en la actualidad, su composición, y dedicación del personal que los integra y datos sobre número de pacientes que en la actualidad estén siendo atendidos por los mismos, así como sobre los que estén a la espera de acceder a este tratamiento, con expresión del tiempo aproximado que llevan en esta situación.

Por el momento nos encontramos a la espera de recibir la información requerida, habiendo remitido a la valoración que llevemos a cabo en el seno de dicho expediente, la consideración de algunos casos que se nos han planteado de manera individualizada, como es el relacionado con el cambio de ubicación del dispositivo para el tratamiento asertivo comunitario de la unidad de gestión clínica de salud mental Macarena (queja 15/5679).

El traslado de la Comunidad Terapéutica de dicha área también ha sido objeto de reclamación (queja 16/1013), y aun apreciándose falta de previsión, e inadecuación de la ubicación actual, hemos considerado que el asunto se encuentra en vías de solución, una vez constatado que se siguen desarrollando todas las terapias y actividades propias de dicho recurso, y fundamentalmente, que el emplazamiento actual se entiende provisional, llevándose a cabo en la actualidad una búsqueda activa de una alternativa.

Por otro lado la indignación de una ciudadana por el ingreso de su hija de catorce años en una unidad de hospitalización de salud mental de adultos (hospital de San Lázaro), instrumentada a través de la queja 16/2415, motivó por nuestra parte la revisión de la normativa autonómica que determina la hospitalización de menores en espacios específicos y adaptados, así como las previsiones contempladas a este respecto en los instrumentos planificadores, fundamentalmente el Programa para la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia (PASMIA).

Subrayamos por tanto la infracción de deberes legales del hospital y emitimos al mismo tiempo **Recomendaciones** para que el centro se dotara con las zonas de hospitalización diferenciadas por tramos de edad (infancia y adolescencia) conforme a las previsiones establecidas en el PASMIA (en el área de pediatría para los menores de 14 años, y en área aneja, aunque separada de la unidad de hospitalización de adultos, para los comprendidos entre los 15 y 17 años), de forma que en tanto no se cuente con espacios diferenciados para la hospitalización de las personas menores de edad en la unidad ubicada en el hospital de San Lázaro, se acuerde el ingreso de todos los menores del área de referencia del hospital Virgen del Rocío, en la planta de pediatría de dicho centro, con independencia de la Unidad de Salud Mental Comunitaria en la que vengán siendo asistidos.

La tramitación de una queja de oficio (**queja 16/0192**) a resultas de una noticia aparecida en algunos medios de prensa escrita sobre el descubrimiento de las **inhumanas condiciones de vida a las que presuntamente estaba siendo sometido un enfermo mental por su propia familia**, nos permitió descubrir hasta qué punto un déficit de alerta por parte de los dispositivos sanitarios más cercanos, le había privado de la oferta asistencial que le correspondía a causa de su padecimiento.

Por nuestra parte repasamos los puntos más controvertidos de los hechos que habíamos llegado a conocer, a saber, que a un paciente nunca visto ni por tanto explorado por su médico de atención primaria, se le venía recetando medicación antipsicótica por conducto de sus familiares, sin que ni siquiera constara de dónde procedía la primera prescripción, ni estuviera claro el origen del diagnóstico; así como certificando reiteradamente su permanencia en cama y aislamiento domiciliario.

Contrapusimos este estado de cosas con las funciones que en el ámbito de la atención primaria de la salud están llamados a realizar los profesionales en cuanto a la atención y seguimiento de los pacientes afectados de enfermedad mental, y más específicamente de TMG, considerando que aquellos llegaron a conocer la existencia del paciente, y tenía indicios suficientes de su situación, pero no desplegaron la actividad que las normas y procedimientos instaurados les asignan, no pudiéndoles culpabilizar del estado de abandono del paciente, si es que llega a demostrarse, pero siendo responsables de que aquel no haya tenido la prestación asistencial que le correspondía, con las intervenciones que en cada momento se hubieran considerado adecuadas.



Resaltamos igualmente la extemporaneidad de las recomendaciones de la comisión de seguridad del paciente, extrañándonos fundamentalmente que se evidencie la falta de constitución de la comisión de TMG del área, y algunas otras medidas que se incorporan al proceso asistencial integrado de trastorno mental grave como características de calidad, y concluimos efectuando [Redondatorio de deberes legales y Recomendación](#) en la referida queja 19/0192 para que dichas medidas se adopten a la mayor brevedad, dándonos conocimiento de las mismas.

El interés de esta Institución también se cierne en cuanto a la dotación de plazas asistenciales de media/larga estancia, los mecanismos para el acceso a las mismas y la espera que pueda afectar a aquellos pacientes a quienes les han sido recomendadas.

Somos conscientes de que dicha tipología de recurso se contempla de una manera excepcional, pero también de que hay enfermos cuya evolución tórpida -evolución dificultosa, con frecuencia lenta-, falta de respuesta a las medidas de tratamiento adoptadas y agotamiento de recursos terapéuticos, demandan otro tipo de intervenciones, por lo que aparte de vernos obligados a recomendar que se considere esta opción terapéutica en algunos casos concretos (queja 16/1656), nos planteamos en el próximo ejercicio realizar una investigación de oficio sobre este asunto.

En concreto en el supuesto más arriba comentado emitimos [Resolución](#) para que junto a la recomendación de que se valore formalmente el acceso del paciente a plaza en hospital San Juan de Dios, se promueva su incorporación al programa de apoyo domiciliario de Faisem, así como la elaboración de informe médico suficientemente expresivo del cambio experimentado en su estado de salud respecto del que sustentó el reconocimiento de un grado I de dependencia, con el objeto de solicitar una nueva revisión del mismo, con vistas a la necesidad prevista de recurso residencial a medio-largo plazo.

1.10.3 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 16/0192](#), dirigida al Área de Hospitalización de Salud Mental Ntra, Sra. de Valme, al Distrito de Atención Primaria Sevilla Sur y al Ayuntamiento de Dos Hermanas, relativa al [encierro de un enfermo mental por su familia en condiciones deplorables durante años](#).
- [Queja 16/0714](#), dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultado en Salud, del Servicio Andaluz de Salud, relativa a la [lista de espera quirúrgica para las intervenciones de reconstrucción mamaria](#) que precisan las mujeres que han sido sometidas a una mastectomía.
- [Queja 16/1077](#), dirigida al Hospital Virgen del Rocío y al Área de Bienestar Social y Empleo del Ayuntamiento de Sevilla, relativa al [fallecimiento de una persona en la puerta del hospital de la Mujer](#), y las intervenciones previas de las Administraciones que hubieran estado llamadas a conocer de este asunto.
- [Queja 16/1402](#), dirigida al Hospital Regional de Málaga, relativa al fallecimiento de un paciente en el Hospital Regional de Málaga porque no pudieron tratarlo en la UCI por [falta de camas](#).
- [Queja 16/1642](#), dirigida al Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Hospital Comarcal de la Merced, relativa a la [suspensión de actividad de la consulta para el tratamiento del dolor del hospital de Osuna](#).



- **Queja 16/1969**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultado en Salud, del Servicio Andaluz de Salud, relativa a la administración, diferida en el tiempo, de la **vacuna de la tosferina para los niños de 6 años**

- **Queja 16/5473**, dirigida al Coordinador Autonómico de Salud Mental, relativa al **Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)** en el SSPA.

Con respecto a la colaboración de las Administraciones con esta Institución la misma ha sido aceptable. No obstante, a continuación se destacan las **resoluciones 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 la adopción de medidas para la agilización del **diagnóstico de la malformación de Chiari y la adopción de la decisión terapéutica procedente en cada caso**; que se lleve a cabo una auditoría de los casos de malformación de Chiari tratados en el SSPA y se evalúen los resultados de la práctica quirúrgica, de los cuales se dé conocimiento a los afectados y la ciudadanía en general; que se adopten criterios comunes en orden al tratamiento, fundamentalmente por lo que hace a las intervenciones quirúrgicas y la técnica empleada en las mismas; se definan pautas comunes para la derivación a centros de referencia fuera de nuestra Comunidad Autónoma, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultado en Salud, en el curso de las quejas 14/0306 y 15/0326.

- Resolución relativa a dictado de resolución expresa en relación a la solicitud presentada por la parte promotora de la queja, referente a expediente de **responsabilidad patrimonial, dirigida a Consorcio Sanitario Público del Aljarafe. Hospital "San Juan de Dios"**, en el curso de la **queja 14/1603**.

- Resolución relativa a la espera para la práctica de **intervenciones que no están cubiertas por la garantía de plazo de respuesta**, y por lo tanto, no tienen asignadas un tiempo máximo para su realización, prolongándose en muchos casos este último por un período que supera lo razonable, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultado en Salud, en el curso de la queja **14/3235**.