



1.10.2.3 Atención especializada

Sin lugar a dudas este subapartado engloba un número importante de las quejas, las cuales por su elevada diversidad resultan muy difíciles de sistematizar, pues en principio reflejan las múltiples incidencias que son susceptibles de acaecer en el curso de un proceso asistencial, que en este nivel adquiere un mayor grado de complejidad, pues puede conllevar desde simples consultas o práctica de pruebas sencillas, a intervenciones quirúrgicas y sofisticados tratamientos, sin olvidar que algunas de estas actuaciones implican períodos más o menos largos de ingreso en centros hospitalarios, circunstancia que también conlleva una ampliación significativa del universo de lo reclamable.

Nos encontramos con problemas relacionados con la **citación para consultas o pruebas** (queja 15/4465); solicitudes de **alternativas terapéuticas** (tratamiento para los acúfenos de su hijo en la queja 15/3638, o trasplante en la queja 15/2728); dificultades o **demora en la recepción de tratamientos** (para el cáncer de vejiga en la queja 15/0084, de rehabilitación por falta de acompañamiento al paciente, en la queja 15/4292, o de logopedia tras un ictus en la queja 15/4612); protesta por la **negativa a determinadas intervenciones quirúrgicas** (de hipertrofia mamaria en la queja 15/3616, o prolapso uterino en la queja 15/2651)...

1.10.2.3.1 Autorizaciones para tratamiento en centros ajenos al SSPA

La solicitud de **autorización para derivación a efectos de asistencia y tratamiento en centros que se incardinan en otros servicios de salud, fuera del ámbito de nuestra Comunidad Autónoma**, han gozado de cierta reiteración.

A mediados del año, la Administración Sanitaria refundió las regulaciones existentes en torno a este asunto en la Circular 203/15, de 15 de julio, que contiene instrucciones sobre derivación de pacientes desde centros del SSPA. Primeramente determina los supuestos que legitiman el procedimiento (imposibilidad acreditada de realizar la asistencia en un centro sanitario, público o concertado, o justificación adecuada de la conveniencia de efectuarla en un centro ajeno determinado, considerando a estos efectos la no disponibilidad o disponibilidad limitada de un procedimiento por complejidad tecnológica, o porque requiera alta especialización facultativa, a lo que también se añade la baja prevalencia de la patología que haga ineficiente la prestación de asistencia con medios propios); y a continuación diseña el procedimiento de autorización, el cual incluye solicitud acompañada de informe clínico y propuesta de centro suscrita por el gerente del hospital y el director de la UGC correspondiente, e informe de respuesta de la Subdirección de accesibilidad y continuidad asistencial, información de los datos clínicos y administrativos del caso desde el centro de origen al de destino, y registro de los datos en el sistema de información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO), cuando se prevea tramitar la asistencia por esta vía.





Pues bien dicha Circular contiene algunas previsiones sobre algunos procedimientos en particular, figurando entre los mismos un grupo de pacientes que, en cierto número, se han dirigido a esta Institución: los **lesionados medulares**. En su mayoría han requerido nuestra intervención para superar los obstáculos que desde la Administración Sanitaria se han interpuesto a la continuidad de sus revisiones en el hospital de parapléjicos de Toledo.

La Administración Sanitaria ha establecido como pauta general que actualmente en Andalucía se realizan todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos consolidados para la lesión medular salvo la implantación de marcapasos diafragmático que puede resultar indicado en lesiones medulares altas (C1-C3).

Algunos afectados sin embargo estiman que los centros de referencia para el tratamiento de los lesionados medulares en el SSPA no les pueden proporcionar las mismas atenciones que el hospital de Toledo (especialistas, pruebas específicas, instalaciones adecuadas), mientras que otros afirman que las revisiones en los mismos les han generado menoscabo de su estado de salud (por ejemplo incremento muy significativo del número de infecciones urinarias), y en términos generales se cuestionan por qué los pacientes andaluces son los únicos en todo el territorio del Estado que han visto limitado el acceso a dicho centro.

Por lo visto el SSPA cuenta con tres unidades para atender al paciente medular traumático, y señala haber ido organizando y mejorando la atención a este colectivo a raíz de la puesta en marcha del Plan de Accidentabilidad en el año 2007. De ahí que aunque al principio de este proceso se autorizara la derivación de algunos pacientes a Toledo, a causa de la disponibilidad limitada en sus áreas de referencia, aseveran que en la tesitura actual esta pauta de actuación no está justificada.

Por nuestra parte en principio tenemos que entender este posicionamiento, a falta por otro lado de un señalamiento específico de la carencias comparativas de un sistema respecto del otro, aunque también pensamos que, sin perjuicio de la regla general, pueden existir casos en los que, por su elevada complejidad, o la concurrencia de otras circunstancias excepcionales, pueda defenderse la derivación, tesis que resulta confirmada por la constatación efectiva de la resolución favorable de algunas solicitudes, por lo que en último término habrá que estar a la opinión de los profesionales de referencia.

A la vista de esta opción mantenida por la Administración Sanitaria, llama la atención que en otros casos no considere tan factible el establecimiento de pautas generales de derivación. Nos referimos en este punto a una de las medidas incorporadas a la **Resolución** emitida de forma conjunta para la queja 15/0328, la queja 14/0306, y la queja 15/1856, en las cuales la **solicitud de derivación aparecía dirigida a un centro de referencia para el tratamiento de la malformación de Chiari** (hospital Vall d'Hebrón).

Por nuestra parte llegamos a proponer medidas de diversa naturaleza que incluían la agilización del diagnóstico de la malformación de Chiari y la adopción de la decisión terapéutica procedente en cada caso; la realización de una auditoría de los casos de malformación de Chiari tratados en el SSPA con evaluación de resultados de la práctica quirúrgica, de los cuales se diera conocimiento a los afectados y la ciudadanía en general, la adopción de criterios comunes en orden al tratamiento, fundamentalmente por lo que hace a las intervenciones quirúrgicas y la técnica empleada en las mismas, y la definición de pautas comunes para la derivación a centros de referencia fuera de nuestra Comunidad Autónoma.

No podemos negar que la respuesta emitida a nuestra resolución nos ha resultado sorprendente, no ya porque formalmente rechace los términos de aquella sin ninguna contemplación, que entra dentro de lo esperable si no se comparten nuestros razonamientos; sino singularmente porque pensamos que no se ha entendido en absoluto el tenor de nuestro discurso o se ha malinterpretado.

En nuestra resolución nos limitamos a transmitir el relato de los hechos que realizan los interesados, junto al contenido de los informes administrativos recibidos en cada caso; nos mostramos expresamente incapacitados para medir la competencia técnica de los equipos o la pericia de los profesionales, y lejos de pronunciarnos sobre las causas, nos limitamos a poner de manifiesto una realidad, en la que al parecer también coincide la Administración, que no es otra que la existencia de una desconfianza generalizada de los afectados por esta patología y sus allegados para ser tratados adecuadamente en el marco del Sistema Sanitario Público de Andalucía.



Por lo demás por nuestra parte también aludimos a un documento de consenso promovido por el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, y reflejamos algunas de sus conclusiones para apoyar nuestras recomendaciones (dificultades de diagnóstico, falta de consenso sobre el origen de la enfermedad y la manera de afrontarla, falta de evidencia científica contrastada de las intervenciones terapéuticas, que permiten distintas recomendaciones de tratamiento, e incluso diversas técnicas para llevar a cabo las intervenciones quirúrgicas). Cuestiones, que en la respuesta de la Administración Sanitaria ni siquiera se mencionan.

En todo caso nos parece que la problemática de las derivaciones no se encuentra ni mucho menos agotada, y que las quejas atinentes a las mismas continuarán presentándose en relación con patologías diversas. Sin ir más lejos la **Federación Española de Enfermedades Raras** también ha comparecido recientemente (queja 15/5392) para darnos cuenta de la compleja situación que atraviesan estos enfermos, y las dificultades que vienen encontrándose fundamentalmente en diversos ámbitos de la asistencia sanitaria, entre los que figura la derivación a centros, servicios y unidades de referencia (CSUR).

Partiendo de estos últimos como eje central en la atención a las personas con enfermedades poco frecuentes, según dispone la Estrategia Nacional de Enfermedades Raras, puesto que deben dar cobertura a todo el territorio nacional y atender a los pacientes en igualdad de condiciones, independientemente de su lugar de residencia; la Federación ofrece datos cuantitativos que representan un porcentaje elevado de denegación de solicitudes de derivación a CSUR, estimando aquella que muchos se beneficiarían de la recepción de información y asesoramiento por parte de los mayores especialistas

En esta tesitura la interesada apunta un agravamiento de esta problemática con la aplicación de los nuevos presupuestos generales del Estado, y la conversión en partida de carácter extrapresupuestario del Fondo de Cohesión Sanitaria, afirmando que en adelante la financiación de los centros de referencia va a obedecer a un sistema de compensación de gastos en el que la responsabilidad pertenecerá a las Comunidades Autónomas.

1.10.2.3.2 Reproducción Humana Asistida

En el informe correspondiente a 2014 dimos cuenta de la novedad normativa que había supuesto la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, y analizamos algún aspecto específico suscitado por la incorporación prematura de uno de los criterios de exclusión de los tratamientos previstos en aquella, en la versión reformada de la Guía de Reproducción Humana Asistida en el SSPA (Resolución 545/2013, de 23 de diciembre).

La prestación de asistencia sanitaria especializada que conlleva la dispensación de **técnicas de reproducción asistida** ha estado siempre rodeada de múltiples matices, por lo que su consideración en este informe ha devenido casi permanente. A pesar de que el número de quejas en esta materia ha fluctuado en los últimos quince años (135 en total), y de que ciertamente se viene apartando de los picos que en otros momentos presentó (33 quejas en el año 2009), no por ello han cesado las reivindicaciones (16, 22, 6, 7 y 15 quejas en los últimos cinco ejercicios).

Desde entonces hemos permanecido atentos a la evolución de esta problemática, y en la actualidad pensamos que ha transcurrido un período suficiente para que las medidas previstas se hayan materializado, de manera que nos planteamos retomar este tema. Y es que el conflicto subyace aún respecto de los tiempos que marcan todo el proceso asistencial que determina el acceso a la prestación, sobre todo cuando se ven implicados diversos centros hospitalarios; y en cuanto a los defectos de información que se vislumbran en las distintas etapas del mismo.

Para valorar principalmente estos dos aspectos hemos iniciado recientemente de oficio la **queja 15/2594**, en la que hemos solicitado datos de actividad, tiempos de respuesta, y procedimientos de suministro de información, que esperamos nos permitan seguir incidiendo en este tema.



1.10.2.3.3 Atención al Ictus

Significativo resulta el silencio de la Administración Sanitaria en torno a la Sugerencia que le planteamos en la queja 14/2535. Aunque centrada aquella en una concreta medida para completar la cartera de servicios del hospital Virgen del Rocío, en tanto que unidad de referencia contemplada en el **Plan Andaluz de Atención al Ictus**, en el curso de nuestra resolución reflexionábamos sobre el sistema diseñado por este último, para concluir que en el plazo de vigencia de dicho plan los medios que conforman el modelo escalonado de atención no se habían completado.

Similar conclusión alcanza la Cámara de Cuentas en un profundo informe de fiscalización que ha llevado a cabo en relación con el mencionado Plan, cuyas conclusiones y recomendaciones entendemos muy merecedoras de ser tenidas en cuenta para implementar la respuesta sanitaria, por fuerza tiempo-dependiente, en una de las patologías estadísticamente más mortales, en cuya atención hay uno de los mayores riesgos de inequidad.

1.10.2.4 Atención Sanitaria de Urgencia

1.10.2.4.1 Urgencias extrahospitalarias

Continúan los cuestionamientos por la atención recibida en el ámbito de las urgencias extrahospitalarias, bien por demora en la activación o respuesta de los dispositivos, o también por disconformidad con la actitud terapéutica adoptada.

En este sentido en la queja 15/0281 nos vimos en la tesitura de valorar la idoneidad del **triaje telefónico** efectuado desde el centro coordinador de urgencias. Conscientes de la dificultad que entraña esta labor, en el caso concreto concluimos la existencia de un déficit en la clasificación de prioridad otorgada, pensando que debió ponerse el acento en el síntoma principal (disnea), y teniendo en cuenta las dificultades aludidas, optar por un nivel superior al otorgado.

La **duplicidad de dispositivos de atención urgente en localidades que cuentan a su vez con un centro hospitalario de nivel comarcal**, o de alta resolución, se está revelando últimamente como asunto litigioso. Por la información que hemos podido obtener en la queja 14/497, la puesta en funcionamiento del hospital de alta resolución puede tener repercusiones de muy diversa índole en relación con las urgencias de atención primaria: desde que no afecten en absoluto al entramado organizativo de las mismas, pasando porque se reajusten los equipos (principalmente los móviles), hasta que queden completamente integradas en el servicio de urgencias del nuevo centro hospitalario, configurándose como las únicas que permanecen.

Con la anticipada aseveración administrativa de la garantía de la asistencia en todo caso, en la queja de referencia se planteó la demora en la apertura del servicio de urgencias del hospital de Alcalá la Real, mientras que en la queja 15/1903, los profesionales del servicio de urgencias de atención primaria que desde tiempo atrás se venía prestando en el hospital comarcal de Baza, demandaron precisamente su vuelta al entorno del centro de salud, negándose a la anunciada absorción por la unidad hospitalaria, apoyados en este caso por numerosas firmas de vecinos de la localidad.

La inactividad del servicio de urgencias del hospital de alta resolución de Alcalá la Real, a pesar del tiempo transcurrido desde que la instalación empezó a funcionar, no es óbice a tenor de la información administrativa, para que la Administración Sanitaria continúe manifestando su empeño de puesta en funcionamiento cuando exista disponibilidad presupuestaria para ello.

Lo cierto es que con los hospitales de alta resolución la Administración ha realizado una apuesta por una modalidad asistencial innovadora, y que la misma incluye la atención de urgencia.

En este marco organizativo, la continuidad asistencial, concebida como algo que trasciende de la mera coordinación entre niveles asistenciales, se erige como elemento clave, y en garantía de su satisfacción participa el área de urgencias en la misma medida que el resto de unidades asistenciales.