



1.10.2.5 Tiempos de respuesta asistencial

Los tiempos de respuesta que presiden las distintas actuaciones sanitarias constituyen uno de los indicadores fundamentales del funcionamiento de un sistema sanitario, y desde luego uno de los argumentos más reiterados en la crítica de los usuarios.

En este sentido, determinadas intervenciones quirúrgicas, primeras consultas de especialidades, y procedimientos diagnósticos tienen señalados plazos máximos de realización en la normativa vigente, y aunque sin lugar a dudas hay que reconocer su incidencia en el cómputo total del tiempo que abarca el proceso asistencial, a menudo nos encontramos con obstáculos previos al diagnóstico, o dificultades inherentes al tratamiento, que afectan a la percepción global de aquel.

Por ejemplo para investigar la repercusión que en el cumplimiento del **plazo de garantía de primeras consultas de especialidades** ha producido el cierre de agendas durante el verano en el Complejo hospitalario universitario de Huelva, hemos iniciado de oficio la **queja 15/3646**.

El informe que nos ha remitido el centro explica que los médicos de familia solo pueden citar directamente un tramo de las agendas de cada especialidad para primera consulta, y que por la problemática organizativa que conlleva el verano, con las consabidas vacaciones del personal, unido a la gran variabilidad de las consultas, el tramo de citación directa al que antes nos referíamos no se encuentra abierto, lo que no impide que la solicitud se registre y la citación se produzca desde el hospital, conforme se va abriendo la agenda de la especialidad.

Ahora bien este modus operandi nos genera dudas sobre la forma en que se produce en estos casos la inscripción en el registro, por lo que hemos dirigido al centro hospitalario una nueva petición de informe para saber quién realiza entonces la inscripción, cuándo se lleva a cabo, y cómo se asegura que la fecha de inscripción en el registro coincide con la de la solicitud de cita por el médico de atención primaria.

En la queja 14/0919 son las derivaciones sucesivas de un paciente para ser intervenido en otros centros por no incluirse el procedimiento concreto (artroscopia de cadera) en la cartera de servicios de su hospital de referencia, y las denegaciones encadenadas de aquellos, las que provocaron un largo peregrinaje que rebasó con creces el plazo de garantía asistencial establecido, y nos llevó a formular a la Administración Sanitaria Recordatorio de Deberes Legales por este motivo, y sendas Recomendaciones.

En virtud del informe de respuesta, se insiste en indicar la naturaleza excepcional de las peculiaridades del proceso asistencial del interesado, al tiempo que manifiestan la innecesariedad de modificar las actuales directrices en relación con las derivaciones interhospitalarias, pues por un lado esgrimen que el rechazo de una derivación solo puede obedecer a causas muy estrictas, mientras que en lo referido a la inscripción en lista de espera, ratifican que la misma se lleve a cabo cuando el último hospital al que se derive el paciente acepte la propuesta.

En nuestra opinión y a diferencia de lo señalado, las razones para no aceptar la derivación del paciente en este caso no pueden ajustarse a los criterios aludidos, y el mecanismo previsto para la inscripción en el registro de demanda quirúrgica, cuando existen múltiples derivaciones, no asegura el cumplimiento de la garantía del plazo de respuesta, pues desplaza el inicio del cómputo de la misma todo el tiempo que se haya invertido en dichos trámites, por lo que a tenor de lo referido no podemos considerar que por parte de la Administración se hayan aceptado los términos de nuestra **Resolución**.

Más allá de la garantía de plazo, el ejercicio de 2015 no representa nada nuevo en este campo, puesto que hemos computado múltiples quejas por demora en citas de especialistas, habitualmente para recogida de resultados de determinadas pruebas diagnósticas, también para consulta en unidades específicas dentro de una unidad de gestión clínica (rodilla, pie, retina, ...), o bien para ser revisados o seguidos de sus patologías o tratamientos, apartándose en estos casos de los plazos directores establecidos.

Con carácter general esta Institución se ha pronunciado reiteradamente en cuanto a que la falta de cobertura de la garantía asistencial no puede equivaler a ausencia de plazo para llevar a cabo estas actuaciones, pues en todo caso las mismas deben practicarse en un plazo razonable para garantizar el derecho a la protección



de la salud. En estos términos nos expresamos en las resoluciones recaídas en la [queja 14/3497](#), la [queja 14/4790](#) y la [queja 15/0410](#).

Por lo demás en el expediente que iniciamos de oficio para analizar los **tiempos de respuesta asistencial en intervenciones no sometidas a plazo de garantía** (queja 14/3235), ya dimos cuenta en el informe del año pasado de la explicación administrativa que habíamos recibido.

En la actualidad, tras la valoración de aquel, y reconociendo la apuesta decidida de la Administración Sanitaria por la disminución de los tiempos de espera quirúrgica en las intervenciones más relevantes, así como su necesaria priorización, junto a las que se correspondan con procesos urgentes; pensamos sin embargo que esta opción no puede hacerse valer en detrimento del resto de intervenciones que no gozan de dicho beneficio, que si bien resulta lógico que se practiquen en un plazo superior al de las operaciones garantizadas, lo que ya no lo es tanto es que dichos plazos difieran de una manera tan marcada.

A la vista de los datos que se recogen en el cuadro reflejado en el informe, de los 25 procedimientos quirúrgicos mencionados, solamente cinco tienen asignados tiempos medios inferiores al término de lo que hemos considerado como razonable (180 días), elevándose el plazo medio que marca la práctica del conjunto de las intervenciones relacionadas en el mismo (284 días) más de 100 días respecto del plazo de referencia.

Por otro lado en relación con las intervenciones no cubiertas por la garantía de plazo máximo, el tiempo medio de respuesta se eleva exponencialmente en los últimos ejercicios, en concreto, 62 días entre 2012 y 2014 (25 días el primer año, y 37 días el segundo).

En este orden de cosas, y por muy benignas que puedan estimarse las patologías comprendidas en este grupo (lo cual en algunos casos resulta más que discutible), hay procedimientos quirúrgicos que precisan uno, dos, e incluso casi tres años para ser llevados a cabo, en clara vulneración del derecho a la asistencia sanitaria reconocido en el art. 43 de nuestra Constitución.

Esta constatación nos ha llevado a emitir en este expediente una **Resolución** que contiene Recordatorio de deberes legales y diversas Recomendaciones, a las que recientemente se ha dado respuesta, pendiente aún de valorar su ajuste a los términos de aquella.

1.10.2.6 Praxis Médica

Las **quejas por mala praxis asistencial** constituyen un componente habitual de nuestra dación de cuentas anual. Como ya hemos explicado, las posibilidades de actuación de la Institución en estos casos aparecen limitadas por la falta de medios para comprobar el ajuste a la *lex artis* (*conjunto de prácticas médicas aceptadas generalmente como adecuadas para tratar a los enfermos en el momento presente*), lo cual nos obliga a explicar con claridad a los reclamantes los términos en los que se produce la admisión de sus quejas a trámite, que no dilucidan este aspecto, sino otros conexos y circunstanciales que pongan de manifiesto déficits funcionales o de procedimiento.

En todo caso, la comparación con protocolos asistenciales o guías de práctica clínica, cuando podemos contar con ellos, sí nos ha permitido a veces advertir el incumplimiento de los mismos, y ante la duda generada por esta situación, constanding un daño o perjuicio para el afectado, reclamar de la Administración Sanitaria la incoación de oficio del procedimiento en cuyo seno se puede analizar con detalle, si existe responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria.

En este sentido procedimos en el ejercicio que comentamos con la queja 14/0623, tras manifestar la interesada que había acudido reiteradamente a urgencias con episodios de cólicos biliares de repetición, de los que informó a su médico de atención primaria, sin que en ningún momento le hubieran realizado indicación quirúrgica, de manera que fue empeorando su estado hasta provocarle una pancreatitis necrohémorrágica grave que requirió ingreso en UCI y determinó la instauración de una diabetes insulínica dependiente.