



Tras comprobar, por la profusa documentación presentada, que en las hojas de consulta de atención primaria constaba al menos en dos ocasiones la entrega de informes correspondientes a los episodios aludidos, y aun cuando no se puede considerar que los mismos revistieran gravedad, no se cumplimentó la actitud terapéutica que establece el proceso asistencial integrado colelitiasis/colecistitis ante la presencia de cólicos típicos y litiasis comprobada ecográficamente, que consistía en la remisión de la paciente a cirugía, por lo que terminamos elaborando una **Resolución** para recomendar la adopción de medidas para garantizar el cumplimiento del PAI referido, y la iniciación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, aunque a la postre en lo tocante a este aspecto ya se había anticipado la interesada.

La tramitación de los expedientes administrativos que deben conducir a una resolución sobre la existencia de responsabilidad, constituyen la otra vertiente de este asunto, pues la superación holgada del plazo que a estos efectos establece la normativa vigente viene siendo habitual, de forma que **al daño que una mala praxis asistencial ha podido provocar, se une el retraso en obtenerse la debida reparación, cuando procede.**

Ya este año comentamos la incidencia que en la demora estaba ocasionando el **retraso en la remisión de la documentación necesaria para la tramitación de los expedientes**, en algunas de las cuales (queja 15/1126 y queja 14/5961) hemos concluido elaborando **Resolución**, que incluye Recomendación para que se inste a los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de los que se está 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.

1.10.2.7 Derechos de los usuarios

La ley 2/1998, de 15 de junio de salud de Andalucía, establece la relación de derechos de los ciudadanos con respecto a los servicios sanitarios públicos. Algunos de ellos han visto reforzada su posición tras ser igualmente recogidos en el Estatuto de Autonomía de Andalucía, y otros han sido objeto de regulaciones específicas.

Ahora bien, como punto de partida del reconocimiento y disfrute de los mismos figura el **respeto de la personalidad, la dignidad humana y la intimidad**, aspectos que entroncan con la proclama de humanización de la asistencia que como demanda transversal venimos reclamando desde hace mucho tiempo.

El año pasado ya hacíamos referencia a la dificultad que para esta Institución entraña investigar las denuncias sobre menoscabo de dicha dignidad, cuando aquel se vincula a trato vejatorio, humillante o descortés, el cual generalmente se produce en el marco de las relaciones interpersonales entre los profesionales y los usuarios. Con independencia de recordatorios generales para la salvaguarda del respeto que se debe a los ciudadanos, pensamos que este tipo de reclamación

no debería saldarse con una afirmación igualmente genérica sobre la profesionalidad y bondad de dichos profesionales en su actuar cotidiano, sino que debería provocar al menos el inicio de una indagación reservada donde pudiera tomarse declaración a los implicados, confrontar las mismas, y aplicar los medios





de prueba de los que la organización sanitaria pudiera valerse para esclarecer lo ocurrido, concluyendo en su caso con las explicaciones oportunas.

En este sentido nos manifestamos en la queja 15/2335, cuya promotora nos dio cuenta del maltrato que a su modo de ver había padecido en su condición de usuaria y de enferma mental, el cual se tradujo en un lío burocrático que dilató un trámite que necesitaba con urgencia, pues la audiometría y el informe por los que acudía a consulta de ORL le eran necesarios en el trámite de reconocimiento de su grado de discapacidad.

Desde el hospital se reconoció que a la interesada se le causaron molestias, e implícitamente que el trato que recibió no resultó adecuado, en la medida en que le solicitaron disculpas por ello, pero por nuestra parte echamos de menos la investigación detallada de lo sucedido a la que antes nos referíamos, y sobre todo la adopción de medidas que evitaran reiteración de comportamientos similares en el futuro.

Ahora bien las manifestaciones verbales o de comportamiento que evidencian el trato dispensado a los usuarios no son la única vía para atentar contra la dignidad, sino que la vulneración de este valor puede tener otras muchas causas. Así en la queja 14/4578 venía motivada por cuestiones relacionadas con el estado de las instalaciones y el funcionamiento del hospital: limpieza, enseres, falta de material, seguridad, recursos humanos, y a su juicio, mala gestión de las camas, que hacía que los enfermos pasaran horas en los pasillos sin apenas asistencia, intimidad e higiene.

En este punto nos reiteramos en nuestra reivindicación de que el **principio de humanización** impregne la actividad asistencial, y aunque reconocemos que el establecimiento de protocolos como los reflejados en los informes administrativos (reparación de mobiliario, sustitución de cortinas, limpieza, climatización), puede propiciar la aplicación práctica de aquel, su sola existencia, por mucho que contemplen medidas de reparación de las deficiencias observadas, no lo garantiza.

En definitiva concluimos dirigiendo al hospital implicado **Recomendaciones** para que adoptara las medidas organizativas necesarias para garantizar un nivel de atención personal e individualizado que asegure el respeto de los valores de la dignidad y de la libre personalidad, así como para que se realizaran las comprobaciones oportunas sobre las denuncias relacionadas con dichos principios, y se evaluaran los protocolos vigentes para hacerlos efectivos, en orden a acreditar el adecuado funcionamiento de los mismos, y por lo tanto la oportuna detección y corrección de deficiencias.

También son comunes las invocaciones relacionadas con **la intimidad, la información, el consentimiento informado, el acceso a la historia clínica o la libre elección de médico**.

Así la interesada en la queja 15/776 entendía vulnerada la primera tras detectar el conocimiento generalizado que en el centro sanitario en el que trabaja tenían sobre determinados aspectos de su estado de salud, lo cual consideraba consecuencia de una consulta indebida de sus datos en las aplicaciones informáticas correspondientes.

Por su parte el promotor de la queja 15/3925 denunciaba la falta de información y solicitud de consentimiento para actuaciones relacionadas con su hija, afectada de síndrome de Down, respecto de la cual ostenta la patria potestad rehabilitada, tras la declaración de incapacidad de aquella.

Después de la resolución reflejada en el Informe correspondiente a 2014 para reivindicar el derecho a la libre elección de psiquiatra, incluso fuera de la unidad de salud mental comunitaria de referencia, la cual terminó siendo aceptada por la Administración Sanitaria con muchas reticencias; este año nos encontramos en la queja 15/4809 con un supuesto similar, pues el interesado pretende cambiar de especialista y de unidad, y aunque realizó el trámite formal hace ya bastantes meses, se han limitado a indicarle que su solicitud precisa de tramitación y que para la misma no existe plazo.

El acceso al contenido de la historia clínica también es motivo habitual de comparecencia ante esta Institución. En concreto en la **queja 15/3579** se discute si el contenido de este derecho alcanza la obtención de **copias de las pruebas de imagen**, pues al interesado en la misma se le facilitaron únicamente los informes correspondientes a las practicadas a su madre, con la excusa genérica de lo establecido en la Ley



41/20002, reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En opinión de esta Institución el derecho de acceso a la historia clínica se manifiesta en aquella con un carácter completo, pues se refiere a la documentación que integra la misma, y a la obtención de copia de los datos que figuren en ella, registrándose únicamente dos limitaciones, a saber, la que marca el derecho a la confidencialidad de los datos de terceras personas que se hayan recogido en interés terapéutico del paciente, y la reserva que puedan ejercitar los profesionales de las anotaciones subjetivas reflejadas en aquella.

No resultando de aplicación ninguna de esas limitaciones en el supuesto que examinamos, contamos con pronunciamientos jurisdiccionales que incluyen expresamente a las placas o imágenes de radiografías, TAC, u otras pruebas diagnósticas, como parte de la historia clínica del paciente, además de constarnos que el objeto de la petición del interesado deviene absolutamente pacífico en otros centros integrantes del SSPA, los cuales proporcionan sin más copias de las imágenes, que a mayor abundamiento se encuentran totalmente digitalizadas, lo que sin duda facilita su copia y entrega a través de soportes de dicha naturaleza (CD o DVD).

1.10.2.8 Farmacia

En el Informe Anual del 2014 apuntamos la **problemática suscitada por el acceso de las personas afectadas por hepatitis C a los fármacos innovadores**. Dimos cuenta del proceso para la autorización de estos medicamentos, y su incorporación a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, y detectamos a finales de 2014 un desconcierto importante en profesionales y pacientes, que originó quejas ante esta Institución.

Algunos afectados nos trasladaron su preocupación por que los especialistas que los trataban no se habían atrevido a prescribirles las nuevas terapias, a pesar de considerarlo adecuado; otros, aun contando con la prescripción, no habían obtenido la prestación en el servicio de farmacia del hospital correspondiente.

Decidimos por ello iniciar de oficio la **queja 14/5665**, cuya tramitación se ha dilatado a lo largo de 2015, paralelamente a las novedades que se han ido registrando en este asunto, fundamentalmente por lo que hace a los sucesivos cambios en las estrategias de tratamiento.

El contenido del informe de la Administración Sanitaria, que data de enero de 2015, resulta ilustrativo de una parte del devenir que hemos manifestado, y alude sucesivamente a la *“Estrategia terapéutica recomendada para el uso de inhibidores de la proteasa para el tratamiento de la hepatitis C crónica en pacientes monoinfectados en el ámbito del SNS”*, que fue revisada en 2014 tras la actualización de los informes de posicionamiento terapéutico de boceprevir y telaprevir, y supuso la inclusión dentro del ámbito de los pacientes a tratar de los que tuvieran grado de fibrosis F2; mientras que la comercialización de simeprevir y sofosbuvir exigió una nueva revisión, que cristalizó en un nuevo documento de la Comisión Permanente de Farmacia del SNS a finales de ese mismo año, contemplando el procedimiento estándar para la instauración de tratamiento a los pacientes con hepatitis C.

No obstante, con posterioridad a dicho informe se decidió acometer un Plan Nacional de Hepatitis C en el ámbito del SNS, que no vio la luz hasta marzo, en el cual los criterios de ordenación de fármacos volvieron a revisarse.

Las quejas individuales promovidas ante esta Institución por pacientes que reclamaban tratamiento datan todas de este período, y por ello no es extraño que reflejen confusión en el comportamiento de los profesionales y los centros, aunque es preciso reconocer que las respuestas concretas en cada caso recibidas han puesto de manifiesto un paulatino encauzamiento de la situación, de manera que los que las impulsaron han accedido a los tratamientos previstos y, en adelante, este tipo de reivindicaciones no se nos ha vuelto a presentar, por lo que habrá que entender que la problemática inicial se ha ido diluyendo, y la atención de estos pacientes se ha normalizado.