



1.10.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.10.2.1 Salud Pública

Esta Institución viene interviniendo en el conflicto suscitado entre diversas organizaciones y las Administraciones Públicas, en orden a determinar si es cierta la existencia de un mayor **riesgo para la salud de la población de las áreas de Huelva y el Campo de Gibraltar**, como podría evidenciarse de una superior tasa comparativa de afectación por cáncer en relación con el resto de España, y verificar si dicho riesgo es consecuencia de **factores ambientales vinculados a la concentración** industrial en estas zonas.

Tras la recepción de los estudios individualizados que con carácter excepcional se encargaron por esta Institución a la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), así como las alegaciones que los promotores de la queja 09/1699 y la queja 10/3859 realizaron tras la presentación de aquel, quedábamos pendientes el pasado año de evaluar toda la información recibida y adoptar una decisión definitiva en estos expedientes.

Esta Institución, desde la prudencia que exige la complejidad técnica de este asunto, considera que ha quedado suficientemente acreditada la existencia de una situación de salud pública en la población asentada en las zonas que consideramos comparativamente peor que la de otras poblaciones similares asentadas en otras zonas del territorio.

Asimismo, la incidencia negativa que en tales realidades han tenido los factores sociales y económicos que históricamente han confluído en estas zonas, coincidiendo con los autores del Dictamen en la importancia que tiene la adopción de medidas que mejoren dichas condiciones sociales y económicas para una evolución positiva de los indicadores de salud pública en la zona.

Entiende también esta Institución que **resulta razonable pensar que los factores ambientales han tenido y tienen una incidencia en el estado de salud de la población**, llegando a esta conclusión conforme a los numerosos datos y estudios que acreditan con carácter general la relación existente entre la contaminación industrial y los problemas de salud pública.

La cuestión es que **no podemos valorar el grado exacto de incidencia de estos factores ambientales, pues resultan insuficientes los datos de los que disponemos** a la presente fecha sobre los elementos contaminantes presentes en ambas zonas, y no son suficientemente concluyentes los estudios que, con alcance muy limitado, se han realizado sobre los riesgos para la salud derivados de la presencia de elementos potencialmente contaminantes de origen industrial.

Por ello estimamos conveniente que se lleven a cabo cuantos estudios se estimen necesarios a juicio de los expertos para disponer de datos y elementos de juicio suficientes para formular una conclusión fundada, ponderada y motivada.

Asimismo, y hasta tanto no se disponga de conclusiones definitivas, entendemos que **cualquier decisión que pueda redundar en un aumento significativo del riesgo ambiental debería venir precedido de estudios rigurosos que, bajo la premisa del principio de precaución, acrediten la oportunidad y conveniencia de dicha decisión.**

Consideramos, además, que cualquier decisión de esta índole debería ser objeto de un proceso previo de debate y reflexión, en el que tuviesen cabida todos los sectores y colectivos sociales de la zona.

A tal efecto apoyamos la Recomendación del Dictamen de la SEE que aboga por la **creación de un Foro de Salud Pública**, que suponga un canal estable de comunicación e intercambio de información sanitaria entre los distintos organismos de la Junta de Andalucía (Consejería de Salud, Consejería de Medio Ambiente) y los grupos y asociaciones ciudadanas más representativos de la sociedad civil, aunque consideramos que dicho Foro debería incluir además de la información sanitaria, la información ambiental.

Esta Institución lleva ya muchos años interviniendo en este asunto y tratando de mediar en el conflicto social existente en torno al cuál debe ser el futuro de estas zonas, sin que podamos afirmar que se hayan



conseguido los resultados pretendidos que, a nuestro modo de ver, pasan por la búsqueda de modelos consensuados que aúnen la pervivencia de un sector industrial generador de empleo y riqueza, con la supeditación del mismo al cumplimiento de elevados estándares de calidad ambiental y con la progresiva implementación de un nuevo modelo económico basado en la sostenibilidad ambiental y la recuperación de los espacios degradados.

Por tanto hemos emitido nuevas **Resoluciones (queja 09/1699, queja 10/3859)** encaminadas a que cada una de las Administraciones implicadas den cumplimiento efectivo a las recomendaciones contenidas en el **Dictamen evacuado por la Sociedad Española de Epidemiología** en marzo de 2014 por encargo del Defensor del Pueblo Andaluz.

Las respuestas recibidas hasta el momento, tanto desde la Consejería de Salud, como desde la de Medio Ambiente, realizan una aceptación formal de nuestra Resolución, con explicación pormenorizada de las iniciativas que entienden dan cumplimiento a las recomendaciones del dictamen en el caso de la ría de Huelva, y de forma más escueta en el del Campo de Gibraltar, pero en ambas, alusivas a un compromiso para la reducción de las desigualdades en salud, potenciación de los sistemas de vigilancia de salud pública, y difusión de información a la ciudadanía, aunque en lo relativo a la constitución de Foro de Salud Pública, solamente en el segundo de los casos se acredita su constitución efectiva, aludiéndose en el primero a la confluencia de los distintos agentes en jornadas organizadas por la Administración Sanitaria y puesta a disposición del grupo de trabajo que ha elaborado el dictamen encargado por esta Institución, de los estudios realizados.

En la medida en que aún resta recibir la respuesta de algún Ayuntamiento, por parte de esta Institución solamente procede valorar el ajuste de aquellas a la Recomendación emitida, con carácter previo al cierre de los expedientes.

La preocupación por la incidencia de los riesgos ambientales para la salud no se agota en estos casos, articulándose en ocasiones como requerimiento de información (por ejemplo solicitud de información epidemiológica sobre la incidencia de cáncer en la localidad de Martos, en la queja 14/4963), o como denuncia por las consecuencias de un agente concreto en la provocación de graves enfermedades (riesgo para la salud por amianto en la construcción del nuevo apeadero de Renfe en Sevilla, en la queja 15/0726).

Otros aspectos tradicionalmente incluidos en este apartado son las **vacunas o los programas de cribado**. En el primer caso debido a la iniciación de oficio de un expediente para investigar la **disponibilidad y pautas de dispensación de la vacuna de la tosferina a las embarazadas (queja 15/5229)**, y en el segundo, por el anuncio de **puesta en marcha del programa de cribado de cáncer de colon**, que motivó actuaciones en ejercicios anteriores (queja 12/7129), y que al parecer ya ha comenzado en algunos centros de salud con intención de extenderse a todo el ámbito de la Comunidad Autónoma, lo que sin duda nos obligará a intervenir para efectuar un seguimiento del proceso en orden a comprobar su velocidad, y evitar que los plazos de implantación provoquen desigualdad en el acceso.





1.10.2.2 Atención Primaria

La **atención primaria** entraña el primer nivel de la asistencia sanitaria del sistema con visos de integralidad, y por tanto, constituye el punto de referencia fundamental de los usuarios para la demanda de asistencia y el seguimiento de sus procesos a lo largo de toda su vida. Al mismo tiempo se configura como filtro que facilita el acceso a otros niveles asistenciales cuando las circunstancias del caso lo requieren

Con carácter general este nivel asistencial viene representando un foco para el planteamiento de quejas con un contenido muy heterogéneo, aunque en el último año han prevalecido las que tratan de poner de manifiesto los **déficits de determinados dispositivos en relación con las necesidades de sus zonas de referencia, tanto en el ámbito material, como fundamentalmente, en el de la dotación de los distintos profesionales que integran los equipos.**

Así se han concluido actuaciones iniciadas el año pasado, como la queja 14/2936 por **déficit de calidad en el centro de salud de Guillena**, o la queja 14/2785, por **infradotación de facultativos en el centro de salud de Lepe**, y han surgido otras nuevas, como la que reivindica **mejoras en la atención sanitaria en la localidad de La Palma del Condado** (queja 15/5600).

1.10.2.2.1 Déficit de matronas en atención primaria

Después de algunos años de nuestra primera consideración del asunto, hemos retomado la cuestión relativa a la **escasez relativa de matronas** en este nivel de atención, merced a una denuncia del **colectivo "matronas andaluzas en paro"**, muy similar a la que fue objeto de tramitación en la queja 07/2272, y que después se ha instrumentado a través de la queja 13/6808.

De esta cuestión también dábamos cuenta el año pasado, pues se ponía de manifiesto las **diferencias existentes entre las distintas provincias andaluzas en cuanto a la ratio de matronas de los centros de salud**, de lo que las promotoras derivaban una situación desigual en la atención a la salud de las mujeres.

Teniendo en cuenta los antecedentes aludidos, consideramos interesante retomar su análisis desde el momento en que lo dejamos, para constatar los avances o retrocesos que se hubieran producido, y el grado de cumplimiento de las conclusiones del estudio elaborado por la propia Administración Sanitaria para evaluar las necesidades formativas de matronas, cuyas previsiones quisimos extender en orden a la creación de nuevas plazas para cubrir las necesidades detectadas, por lo que llegamos a recomendar que se articulara el incremento de la plantilla de atención primaria con las plazas de matronas correspondientes a cada provincia según aquel, estableciéndose un calendario para su dotación presupuestaria, priorizando las provincias más deficitarias, al objeto de que a la mayor brevedad contaran con uno de estos profesionales en todos los distritos sanitarios de Córdoba y Almería

En la respuesta a nuestra recomendación, la Administración apuntó que la necesidad de optimización de las plantillas de matronas vendría dada por la confluencia del estudio de necesidades comentado, y la aplicación de determinadas variables, a saber, demográficas, epidemiológicas, de necesidades de salud, oferta de servicios, y recursos humanos, entre otras.

Ahora bien, en el nuevo análisis efectuado hemos apreciado en primer lugar un descenso significativo del número de efectivos (si bien desde 2008 a 2013 solo se aprecia una reducción de tres matronas, la cuenta desde el estudio realizado a finales de 2006 arroja un saldo negativo de 24 profesionales), y además hemos advertido que los criterios conforme a los cuales la Administración considera que debían determinarse las necesidades (índice de natalidad, envejecimiento de la población, dispersión geográfica,...) no han ofrecido ningún atisbo de crecimiento en la presencia de las matronas en atención primaria, ni siquiera en aquellas provincias en las que los desequilibrios se hacían más evidentes.

Seguimos por ello sin entender las enormes diferencias de matronas de atención primaria entre las distintas provincias, y lamentamos sinceramente no encontrar entre las argumentaciones ofrecidas hoy y anteriormente, ninguna que pueda justificarlo razonablemente.



En definitiva, y dado que la misma Administración Sanitaria reconoce que en el conjunto de profesionales que pueden llevar a cabo las funciones previstas en el proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio, las matronas conllevan un valor añadido, emitimos una **Recomendación** para que se realice un estudio sobre la plantilla de matronas que tenga en cuenta los criterios que se consideren idóneos para hacer eficiente este recurso, y que las actuaciones futuras se ajusten al mapa que resulte del mismo.

En la medida en que la respuesta recibida no incorpora novedad significativa, ni referencia alguna a la propuesta, esta Institución no ha podido considerar aceptada nuestra resolución, circunstancia que entre otras cosas justifica la exposición obligada en este Informe de dicho expediente.

1.10.2.2.2 Plan de verano 2005 en atención primaria de Sevilla

Modificaciones de plantilla con repercusión asistencial fueron igualmente esgrimidas por un **grupo de profesionales que presta servicios en centros de salud de la ciudad de Sevilla, con especial repercusión en la época estival** (queja 15/3003).

Así, a las reivindicaciones tradicionales relacionadas con la exigencia de un tiempo mínimo de 10 minutos para atender a cada paciente, la denuncia de implementación de los cupos asignados por encima de los óptimos, e incluso de los máximos; y la disminución progresiva de profesionales por amortización de sus plazas (jubilaciones) y falta generalizada de sustitución de las ausencias reglamentarias (bajas laborales, vacaciones, formación obligatoria,..); se unía la medida de cierre de la mayoría de los centros de salud durante las tardes del verano.

En este sentido, referían que desde principios de julio hasta el 11 de septiembre, la mayoría de los centros de salud cerrarían a las 15 horas, y solamente ocho permanecerían abiertos hasta las 20 horas, continuando posteriormente la atención sanitaria de urgencia a través del dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU).

Afirmaban que la organización dispuesta conlleva la disponibilidad de un médico para cada 70.000 ciudadanos aproximadamente en dicha franja horaria, el cual se ve obligado a atender a pacientes de centros de salud distintos, e incluso a población pediátrica, para la cual señalaban no encontrarse preparados. Además al parecer solo se destinaba un facultativo a la realización de la asistencia domiciliaria.

De ahí que durante las mañanas los médicos que trabajan en cada centro de salud tenían que atender las citas de los compañeros que estaban de vacaciones, y a partir de las tres, tenían que repartirse la atención a urgencias de adultos y niños en los ocho centros que permanecían abiertos, estimando que este estado de cosas resultaba injusto tanto para los ciudadanos como para los trabajadores.

El informe administrativo recibido desde la Dirección del Distrito Sanitario ofrece respuestas a problemas generales relacionados con el funcionamiento de la atención primaria (régimen de sustitución de vacaciones, ILT y cobertura de jubilaciones), así como explicaciones para justificar el sistema de atención diseñado en el ámbito del Distrito durante las tardes del verano, aparte de profusos datos de actividad y dotación de personal por centros.

Por lo que hace a la problemática general que afecta al desenvolvimiento de la atención primaria, esta Institución es plenamente consciente, y de hecho en mayor o menor medida, ha venido tratando esta materia en sus informes anuales al Parlamento.

Ahora bien, en cuanto al **diseño de la atención durante el verano**, la Administración Sanitaria nos ha ofrecido datos de actividad de todos los profesionales de los distintos centros de atención primaria del distrito, sin que se puedan extraer conclusiones generalizadas en relación con la oscilación de la actividad en la temporada veraniega en horario de mañana, pues si bien en algunos casos se aprecia descenso significativo, en otros no se presentan diferencias con la actividad registrada en otros meses del año.

En todo caso, la cobertura de las ausencias por vacaciones se produce a veces por sustitución de jornadas contratadas, y en otros, por reparto entre los compañeros con atención a los criterios establecidos por la



dirección, comprobándose que aun dándose esta circunstancia los índices de actividad no experimentan variaciones significativas.

Carecemos sin embargo de información para comparar la actividad que se desempeña en jornada de tarde durante el verano y el resto del año, pues solamente se nos han remitido datos de la primera, pero hemos podido contrastar con aquellos la afirmación que se contiene en el informe administrativo, de que la actividad de tarde en los centros designados es relativamente escasa: promedio de 227 pacientes al día durante el mes de julio, lo que significa una media de 15 pacientes/día por cada profesional.

En esta tesitura, y aunque la centralización de la asistencia en determinados dispositivos durante la horquilla horaria que consideramos pueda conllevar alguna molestia para los pacientes, no parece que el nivel de actividad compense una apertura generalizada, teniendo en cuenta que por otro lado solamente supone un promedio de 1,5 tardes para cada profesional en este período.

1.10.2.2.3 Déficit de medios personales y materiales en el DCCU de Sevilla

El DCCU de Sevilla también fue cuestionado por algunos de los profesionales que lo integran, que protestaron por **insuficiencia de las unidades previstas para la atención** (queja 15/1165), **tanto en los dispositivos fijos (UCCU) como los móviles (EM)**, todo ello relacionado con el volumen de población asistida y el nivel de actividad.

Así, respecto de las Unidades fijas se cifraba la disconformidad en su número (7) para una población de 700.000 habitantes, y la escasez de los refuerzos, que aparecen limitados en su distribución espacial, horaria y temporal (solo fines de semana y festivos); se reclamaba un incremento del personal de seguridad, por la conflictividad detectada, y una medida específica de adelanto del inicio de la actividad de estas unidades en una hora, para evitar las aglomeraciones previas.

En cuanto a los EM se afirmaba su reducción progresiva, de los ocho con los que se contaba al principio, hasta los cinco actuales, así como la del número de equipos que los conforman, la sobrecarga asistencial, fundamentalmente en épocas de alta frecuentación, y el incremento de los tiempos de respuesta. A lo anterior se unían reivindicaciones de carácter material sobre la obsolescencia de los vehículos y el aparataje.

En el tiempo transcurrido desde la presentación de esta queja, y antes de la recepción del informe administrativo, se sucedieron las reivindicaciones de los afectados, al punto de alcanzar acuerdos con la Administración Sanitaria, que en parte han venido a subsanar la problemática puesta de manifiesto.

El informe recibido del Distrito enumera por un lado las UCCU actualmente funcionales, con explicación de los centros de salud en los que se ubican, y los que quedan dentro del área de cobertura de cada una.

Los datos de actividad que se ofrecen son generales y van referidos al período anual, por lo que teniendo en cuenta que solamente resultan fiables desde 2012, lo primero que se aprecia es que no existen alteraciones numéricas importantes, por lo que cabría decir que la actividad de las UCCU se ha mantenido en términos muy similares.

Ciertamente, las diferencias se aprecian entre centros, de manera que las cifras de algunos representan la mitad o incluso la tercera parte de las de otros. Sorprende que en principio el personal que se dispone para la atención sea el mismo en todos ellos (un equipo), a menos que dicha diferencia se justifique fundamentalmente por el incremento de actividad durante los fines de semana y festivos, que son las fechas en las que se concentran los refuerzos, pues solamente en la UCCU de Amate se prevé un refuerzo de médico y enfermero los días laborables, en horario de 20 a 24 horas.

De todas formas, realizados los cálculos oportunos, la actividad diaria incluso en las UCCU más concurridas, resulta alejada del número de asistencias que según los interesados se han llegado a atender con carácter máximo (hasta 400), lo que sin embargo no nos lleva a negar este dato, teniendo en cuenta que la información



analizada traduce datos globales, y las ratios por mes o por día no son más que medias aritméticas teóricas, por lo que es posible que se conjuguen días de escasa actividad, con otros altamente frecuentados.

Nos parece por tanto que es posible profundizar en el ajuste de medios personales, y reaccionar con prontitud ante las situaciones de saturación que pudieran presentarse, introduciendo en el análisis de los medios otras variables (períodos de alta frecuentación ligados a la estacionalidad: gripe y otros virus).

La dotación de las UCCU con personal de seguridad también es objeto de controversia, aunque parece razonable que en principio la cobertura se produzca en los centros que presentan mayor nivel de conflictividad.

En todo caso, por lo que hace a las concretas reivindicaciones de los interesados, se ha determinado la apertura de los puntos fijos de atención urgente con media hora de antelación respecto del horario anterior, por lo que confiamos en que así puedan resolverse los problemas de aglomeración, allí donde se presentaban.

En relación con los **equipos móviles** el informe no explica las causas de la reducción previa a la operada en 2012, pues antes de eliminar uno de estos dispositivos, se hizo lo propio con otros dos en años anteriores, arrojando esta transición un descenso de operativos desde ocho hasta cinco.

La última modificación se justifica en datos de actividad, y el exceso de jornadas como consecuencia de la modificación normativa operada en este ámbito, que aumentó la de estos profesionales desde las 1.483 horas anuales, hasta las 1.530.

A nuestro modo de ver este último aspecto podría justificar la reducción del número de equipos que conforman los dispositivos, la cual también se ha producido, llegando en la actualidad a 26, pero no necesariamente habría de conllevar la desaparición del sexto equipo móvil.

En todo caso, los datos de actividad de los últimos años son bastante parecidos, cifrándose la atención principalmente en las demandas de asistencia clasificadas con nivel de prioridad 2 (urgencias no demorables), para las que quizás los tiempos de respuesta reseñados (en torno a los veinte minutos) pueden resultar apropiados, aunque no podemos decir lo mismo si los referimos a las demandas clasificadas con nivel de prioridad 1, que aunque en menor medida, también se atienden por este tipo de dispositivos, resultando alejados de los tiempos que emplea el dispositivo de emergencias 061 para el mismo tipo de demandas en el ámbito urbano (10´13´´ en Sevilla durante 2014).

El informe administrativo nos comunica que en este punto las negociaciones con los representantes del personal han desembocado en la incorporación al DCCU de un vehículo de intervención rápida con una dotación completa de personal, para prestar servicio en el período comprendido entre noviembre y febrero, por lo que también esperamos que esta medida contribuya a descongestionar la actividad de los EM los meses que presentan mayor demanda de su intervención.

En último término, el documento que nos ha sido remitido refleja una mejora significativa en lo que se refiere a los **medios materiales**, al menos por lo que hace a la sustitución de vehículos ambulancias (se han adquirido cinco), y los desfibriladores (se incorporan también cinco nuevos), aunque las discrepancias en la ratio de utilización de las tablets en relación con otros distritos, pensamos que obliga a analizar detenidamente este asunto.

En atención a lo expuesto, creemos que la problemática sujeta a nuestra consideración se ha solucionado parcialmente, aunque sea preciso esperar al análisis de resultados de las medidas introducidas.



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.



Es verdad que la planificación operativa para la implantación de este tipo de centros hospitalarios se ha visto afectada por la actual crisis económica. El estado de cosas actual ha motivado la dinámica de puesta en funcionamiento progresiva para estos centros, que lógicamente se ha proyectado más intensamente sobre los últimos que se han inaugurado, y es de suponer que sobre los que están próximos a ello.

En esta tesitura hay que contemplar la situación de los hospitales de alta resolución de Alcalá la Real y Loja, que iniciaron su andadura en el año 2011. El tiempo transcurrido, más de cuatro años y medio, nos lleva a dudar sobre la intención real de puesta en funcionamiento del área de urgencias, pues si bien la activación progresiva puede resultar entendible en el contexto aludido, un período tan prolongado va más allá de lo que puede entenderse razonable, incluso en las circunstancias actuales.

Conscientes de la pluralidad de objetivos a los que La Administración debe dirigir su esfuerzo inversor, en esta Institución abogamos por realizar un cuidadoso estudio de necesidades, de forma que se pueda establecer un orden lógico de prioridad que permita sacar el mayor provecho a los fondos disponibles, sin obviar otro tipo de circunstancias (equilibrios territoriales, actuación en zonas deprimidas,...).

En todo caso pensamos que la lógica impone priorizar la culminación de lo ya empezado, y por eso en este expediente hemos emitido una **Recomendación** para que se adopten las actuaciones necesarias para la puesta en funcionamiento de la unidad de urgencias de este hospital.

Por lo que respecta a las urgencias de Baza al parecer existe un compromiso administrativo de realización de un estudio técnico, dependiendo de los resultados que se obtengan, la decisión definitiva que se adopte.

1.10.2.4.2 Urgencias hospitalarias

Iniciamos el año alertados por las noticias que salpicaron los medios de comunicación sobre los **elevados índices de demanda de asistencia urgente en los hospitales** de varias ciudades andaluzas, y las consecuentes demoras que esta circunstancia estaba produciendo en el circuito de atención sanitaria, con reflejo en altos niveles de permanencia en el servicio, saturación de las unidades de observación, retraso del ingreso en planta,...

En un primer momento iniciamos algunos expedientes de oficio para investigar las circunstancias concretas de la asistencia proporcionada a algunos pacientes que habían terminado falleciendo, pero con posterioridad utilizamos el mismo procedimiento para generalizar el planteamiento de este tema, teniendo en cuenta que la situación que se ponía de manifiesto en muchos hospitales del SSPA había sido precedida del anuncio de un denominado **Plan de mejora de las urgencias**, así como que por parte de esta Institución y del resto de comisionados participantes, se había dado conocimiento del estudio elaborado conjuntamente sobre **“Las urgencias hospitalarias en el SNS: derechos y garantías de los pacientes”**, y necesitamos confrontar las conclusiones alcanzadas en el mismo con la realidad asistencial en nuestro territorio.

Por lo que hace a los primeros realizamos una valoración conjunta de los informes recibidos en la queja 15/0066, queja 15/0102 y queja 15/0250, los cuales apuntaban a que los pacientes que fallecieron en urgencias durante este tiempo, lo hicieron después de haber sido atendidos y tratados adecuadamente en cada caso.

Lamentablemente, y sin dudar de la afirmación anterior, dichos informes no nos permitían deducir aspectos fundamentales de dicha atención, significativamente de lugar y tiempo, con el fin de valorar circunstancias añadidas a la estricta prestación asistencial.

En todo caso, a tenor de los datos suministrados no nos pareció que en los casos analizados se produjeran dilaciones excesivas en la asistencia inicial de los pacientes, y que por lo tanto dicha circunstancia incidiera en el desenlace.

Pensamos ciertamente que los servicios de urgencia de los hospitales reciben demandas de atención de muy diversa gravedad, y el fallecimiento de pacientes en las dependencias de los mismos no puede considerarse un evento extraño.



Ahora bien también consideramos que la atención de urgencias de determinados pacientes, que por su avanzada edad (85, 88 y 72 en estos casos), y su comorbilidad (cáncer al parecer en al menos dos de los pacientes considerados), revisten un grado elevado de vulnerabilidad, exige a nuestro modo de ver medidas facilitadoras de la asistencia, significativamente la priorización, para evitar que sufran padecimientos adicionales en el proceso normalizado de atención urgente, que repercutan en la vulneración de su dignidad e intimidad.

De ahí que emitiéramos a la Administración Sanitaria **Recomendación** para que se adopten medidas dirigidas a la **priorización de la asistencia de urgencias de pacientes especialmente vulnerables por razón de su edad y comorbilidad**.

La respuesta a la misma abunda en la línea que marca la atención prioritaria de los pacientes frágiles, vulnerables o en riesgo social dentro de su mismo nivel de gravedad, dentro del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, aplicándose también esta medida a los pacientes que poseen la tarjeta más cuidados.

Al mismo tiempo se avanza que antes de finalizar este ejercicio se va a llevar a cabo una modificación del sistema estructurado de triaje, que implica la puesta en marcha del SET, el cual no solo permite priorizar a un paciente vulnerable entre los que comparten el mismo nivel de gravedad, sino incluso otorgarle una prioridad superior, que resulte indicativa por tanto de una necesidad de respuesta médica en menor tiempo.

En cuanto a la queja 15/0161 iniciada de oficio y relacionada con la **saturación de las urgencias hospitalarias** , confluyeron en este expediente distintas realidades. Así, por un lado se nos explicó que la situación que por entonces se estaba viviendo en los servicios de urgencia de varios centros hospitalarios del SSPA evidenciaba niveles de frecuentación anormales, nunca alcanzados hasta el momento, a pesar de lo cual se afirmaba que se había producido una respuesta ágil para atajar la situación, la cual unía una serie de medidas específicas a las ya contempladas en el plan de mejora de las urgencias, iniciado en junio del año pasado, de cuyo contenido se nos daba cuenta.

Esta alusión nos permitió, tras analizar toda la documentación con la que contábamos, advertir en el citado plan medidas que ya aparecían recogidas en los planes funcionales de los antiguos servicios de cuidados críticos y urgencias, junto a otras que podíamos considerar novedosas.

El referido plan de mejora ha implicado al parecer la evaluación particularizada de los servicios de urgencia de todos los hospitales y el establecimiento de un programa singularizado de medidas a adoptar por cada uno de ellos en función de las necesidades detectadas.

Ahora bien, también se nos decía que dicho plan acogía la mayoría de las cuestiones que se incluían en el estudio sobre **“Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes”**, elaborado por el Defensor del Pueblo del Estado y los Defensores autonómicos, entre los que figura esta Institución.

De ahí que optáramos por elevar a la Administración Sanitaria Andaluza algunas de las **Recomendaciones** aludidas, bien porque no nos constara su mención en el plan de mejora, o bien porque no tuvieran una implantación definitiva.

Por nuestra parte, al recibir la respuesta singularizada a las mismas, nos encontramos que efectivamente algunas de las propuestas del estudio participado por esta Institución se encuentran previstas, pero no realizadas.

En este sentido tenemos que destacar necesariamente la evaluación de la atención extrahospitalaria urgente, la cual se asume como compromiso de la Administración en el propio plan de mejora, y que al parecer está dando sus primeros pasos con el envío de cuestionarios de autoevaluación para los dispositivos fijos y los móviles.

En segundo lugar también tenemos que situar en el ámbito de lo programable, la consideración del proceso asistencial de urgencia en la Estrategia de Seguridad, y aunque sin duda nos congratulamos de que la Administración Sanitaria comparta esta idea, los trabajos para su implantación aún se encuentran poco avanzados, y junto a la elaboración de protocolos consensuados para el ingreso hospitalario, insistimos



en la necesidad de reevaluar los protocolos y las guías de práctica clínica que se vienen aplicando en la atención hospitalaria de urgencias.

Por lo que hace a la adaptación de la estructura de los servicios de urgencia hospitalarios a los estándares arquitectónicos y funcionales con mayor nivel de consenso, se asegura que se ha efectuado una comparación de aquellos con los estándares recogidos en el Manual de acreditación de SEMES, y que en los escasos supuestos en que se han advertido desajustes, se han ordenado modificaciones, a llevar a cabo en la medida en que exista disponibilidad presupuestaria.

La garantía de la suficiencia en la dotación de las plantillas constituye sin lugar a dudas uno de los aspectos más discutidos, pues la Administración Sanitaria realiza el cálculo de recursos tomando en cuenta los médicos adjuntos y los residentes a partir del segundo año, mientras que los estándares aludidos (SEMES) sin embargo no permiten que el cómputo de los mismos se realice indistintamente, pues el MIR a partir del segundo año debe contabilizarse como medio adjunto.

En cuanto a la realización de auditorías de estructura y funcionamiento enfocadas a la salvaguarda de la autonomía de la voluntad, la dignidad e intimidad de los pacientes, se alude a las evaluaciones mensuales en el seno del plan de urgencias, y en la medida en que estas se encaminan a garantizar una atención adecuada al paciente, se consideran englobados estos aspectos, pero no se explica si en dichas evaluaciones existen indicadores específicos para los mismos.

Por lo que hace a la agilización de la salida de los pacientes de los servicios de urgencia una vez finalizada su atención, se trata quizás de uno de los problemas cuya resolución aparece más directamente vinculada al funcionamiento de las medidas adoptadas a raíz del plan de mejora, y por lo tanto su satisfacción se encuentra estrechamente relacionada con los resultados que ofrezcan estas últimas (consenso de criterios de ingreso por especialidades, altas tempranas, tiempo límite para el traslado tras el alta,...)

Las Recomendaciones 6, 7 y 8 iban dirigidas a permitir la identificación de determinados grupos de pacientes al objeto de aplicarles medidas específicas.

Respecto de los afectados por patologías crónicas se trata de evitarles desplazamientos inútiles a los servicios de urgencia hospitalarios reconduciendo su atención a otros dispositivos más adecuados. En este sentido parece que cobra virtualidad la funcionalidad del nuevo CMBD de urgencias, por lo que habrá que estar a la explotación que se haga del mismo.

Por otro lado las propuestas pretendían garantizar el acompañamiento y la priorización de la asistencia a determinados colectivos (menores, mayores con déficit cognitivo, enfermos mentales, ...), así como manifestar la preocupación por las personas en riesgo de exclusión social, para las que reclamamos atención a sus problemas de salud y continuidad asistencial.

En relación con el procedimiento de **atención a pacientes en situación de exclusión social**, de cuyo nuevo protocolo de atención en los servicios de urgencia hospitalarios ya dimos cuenta en el Informe del año pasado, hemos iniciado de oficio la **queja 15/4983**, mediante la cual hemos recabado información para comprobar los resultados de su anunciada evaluación.

En otro orden de cosas, y en relación con las medidas para promover la acreditación de los servicios de urgencia hospitalarios, se prevé la publicación de un manual específico para ello por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, y una posible evaluación externa para completar la de dicho organismo.

Por último en lo referente a las reclamaciones, se nos dice que ya se están teniendo en cuenta en la evaluación del plan de mejora, y que se tiene mucho interés en el análisis de las mismas para la mejora del servicio, aunque a nuestro modo de ver este propósito no se ajusta en muchas ocasiones al tratamiento que en la actualidad se está dando a las reclamaciones de los usuarios, cuya respuesta viene presidida habitualmente por la demora, y su contenido escasamente explicativo de su objeto, y menos aún de las medidas que pudieran adoptarse para subsanar la deficiencia puesta así de manifiesto.



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 insulino dependiente.



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 mono infectados 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.



En todo caso, puestos a completar la información recibida, así como a trasladar a la Administración Sanitaria las inquietudes de las asociaciones de afectados con las que tuvimos ocasión de reunirnos, decidimos requerir nuevos datos al mismo organismo administrativo, resumiéndose el contenido del informe de la manera siguiente:

- Elaboración del Plan Integral de hepatitis C en Andalucía durante el primer semestre de 2016.
- Disponibilidad de un procedimiento de receta electrónica desde febrero de 2015, año para la aplicación y dispensación de medicamentos destinados a la hepatitis C, de uso obligatorio para los especialistas.
- Previsión en el futuro plan de actuaciones de prevención y un programa de criba
- Inaplicación de los tratamientos mencionados a la población pediátrica

Atendiendo a lo expuesto, y a salvo de dificultades que se proyecten sobre casos individuales, o novedades que surjan en la materia, hemos decidido concluir nuestras actuaciones, considerando que el asunto se encuentra en vías de solución.

El conflicto relacionado con la **dispensación de fármacos innovadores** sin embargo tiene cada año múltiples manifestaciones. Impotentes para valorar la eficacia de aquellos con criterios estrictamente técnicos, o adentrarnos en razonamientos de coste-efectividad, hemos tratado de analizar este asunto desde la perspectiva de la equidad, a la vista de la heterogeneidad demostrada en el comportamiento de los diversos centros que conforman el SSPA.

Ciertamente las exigencias que derivan del uso racional de los medicamentos obligan a múltiples controles, cuya reiteración por parte de entidades diversas hemos llegado a criticar. Pero **aún reconociendo el papel de las comisiones que para la selección de los medicamentos se constituyen en todos los hospitales, resulta desconcertante que las mismas alcancen posicionamientos diversos en cuanto a un mismo fármaco, lo que se traduce en una desigualdad** que, lejos de fundamentarse en las circunstancias particulares de los pacientes, como a veces se ha intentado desde la Administración Sanitaria, derivan directamente de la actuación de aquellas.

Por ejemplo en cuanto al fármaco Fampridina ya aludimos en el Informe 2014, a las quejas recibidas por denegación de su dispensación (quejas 14/122 y acumuladas), a pesar de que se encontraba autorizado, y existía recomendación facultativa.

En un primer momento, la Administración Sanitaria nos explicó que los servicios de farmacia de los hospitales han venido fabricando Fampridina como fórmula magistral, por expresa petición de los servicios de neurología y para atender prescripciones individualizadas, pero quiso dejar sentado que el pretendido beneficio de este fármaco es escaso y discutible, por lo que las autorizaciones de comercialización expedidas por los organismos estatal y europeo, están condicionadas a los resultados que ofrezca una investigación que debe proseguir.

Este es el motivo que también se aduce para que el medicamento no se haya incluido en las guías farmacoterapéuticas de ningún hospital, y tampoco haya existido petición para que se instruya el procedimiento centralizado por parte de la Comisión asesora para la armonización de los criterios de utilización de medicamentos de especial impacto sanitario, social, o económico, cuya actuación se había sugerido desde esta Institución.

Ahora bien, con posterioridad tuvimos conocimiento de que el tratamiento se había incluido en el protocolo de la esclerosis múltiple tras la revisión que se llevó a cabo por parte de la comisión asesora centralizada de esta enfermedad, para la atención de pacientes adultos con esclerosis múltiple y discapacidad en la marcha (puntuación EDSS entre 4 y 7), previendo la realización de una prueba cronometrada de marcha basal y otra a las dos semanas desde el inicio de aquel, de forma que su continuidad se supedita a la observación de una mejora significativa, cuantificada al menos en un incremento del 20% de la velocidad, procediendo en otro caso su suspensión.

La Administración Sanitaria señala a este respecto que la incorporación de este medicamento al protocolo centralizado, conlleva la inclusión del mismo en las guías farmacoterapéuticas de todos los hospitales del



SSPA, permitiendo su uso homogéneo y armonizado, y garantizando el acceso en igualdad de condiciones a los pacientes que cumplan los requisitos fijados.

Congratulándonos con esta decisión, no podemos sino llamar la atención en cuanto al giro producido en este asunto, sin que las circunstancias aparentemente hayan cambiado, o al menos sin que se alegue ninguna modificación de las características de eficacia y seguridad que desaconsejaban esta medida, pues simplemente se alude a la actualización de los criterios consensuados para el tratamiento de la enfermedad y la necesidad de homogeneizar el acceso al mismo.

Mientras tanto los pacientes han venido padeciendo una dualidad de actitudes en el seno de una misma Administración, a saber, la de las comisiones de farmacia de los hospitales, y la de los facultativos que les hacían el seguimiento de su patología.



Puede que como señala la Administración los puntos de vista de ambos sean diferentes, pues la primera considera al paciente en el conjunto de la población, y los segundos lo hacen individualmente; pero no tiene sentido que esta dicotomía les alcance y perciban las versiones contrapuestas de ambas partes, generándoles enorme desconcierto y perjuicios asociados.

En definitiva, entendemos que la incorporación de los medicamentos recién autorizados puede desarrollarse a través de un proceso de menor o mayor duración, e incluso que la opinión en torno a los mismos pueda variar en función de nuevas circunstancias (resultados que aumenten la valoración de la eficacia, precios que mejoren la eficiencia,...), pero pensamos que el posicionamiento del hospital, en todos sus niveles, debería ser uniforme en este punto, salvaguardando lógicamente el derecho de los usuarios a la información sobre las alternativas disponibles de tratamiento, y coherente con el momento concreto en el que dicho proceso se encuentre, con indicación realista de las expectativas de eficacia de los nuevos fármacos y de las opciones de su acceso dentro de la prestación farmacéutica del sistema sanitario público.

Pues bien con el fin de que *“la evaluación, selección y utilización de los medicamentos se realice conforme a unos rigurosos criterios de eficacia, seguridad y eficiencia, y muy especialmente que los mismos se apliquen de forma homogénea en todos y cada uno de los centros”*, la Administración Sanitaria ha establecido una serie de instrumentos, entre los que destaca la Comisión central para la optimización y armonización farmacoterapéutica, cuya composición y funciones, así como las de los comités vinculados, ha regulado mediante la resolución 81/15, de 13 de abril.

Dado que entre aquellas se incluyen las de establecer el método y criterios de evaluación que han de seguir las comisiones de cada hospital para la selección de los medicamentos; la posibilidad de asunción de este procedimiento directamente respecto de algunos de alto impacto sanitario o económico, de manera que sus conclusiones se incluyan en la guía de referencia con carácter obligado para todos los centros; la de exigir dictamen favorable previo para el inicio y continuación de determinados tratamientos, o para la utilización de determinados medicamentos en situaciones especiales, entre otras, **pensamos que la comisión puede configurarse en un mecanismo eficaz en la lucha contra la desigualdad.**

Por eso, y frente a las críticas que algún colectivo de pacientes nos ha trasladado en relación con dicho mecanismo (queja 15/2342), desde esta Institución, en principio, no podemos sino apoyar la línea directriz



que inspira su creación, pues nuestra experiencia de actuación nos ha llevado a conocer situaciones marcadas por la diversidad en lo que se refiere al acceso a los fármacos, e incluso a veces de inequidad, pareciéndonos por tanto adecuado que la valoración de la incorporación de determinados medicamentos a las guías de farmacoterapia se produzca de manera centralizada, y que en este punto las decisiones de la comisión central obliguen a los centros.

Este posicionamiento obedece lógicamente a una perspectiva estrictamente teórica, pues por lo que hemos podido saber, la citada comisión central aún no se ha constituido, lo cual no impide que alberguemos expectativas en relación con su funcionamiento, y también que podamos evaluar el mismo e intervenir cuando lo consideremos oportuno, si advertimos desajustes o perjuicios concretos para los pacientes que puedan verse afectados.

Por el momento, y con ocasión de la [queja 15/1700](#) que iniciamos de oficio en relación con el [uso compasivo de medicamentos](#) en el ámbito del SSPA, respecto al cual también habíamos detectado diversidad en las autorizaciones atinentes a los mismos fármacos, y propugnábamos por ello el establecimiento de criterios homogéneos de dispensación, hemos considerado la posibilidad de ver cumplida nuestra aspiración por la vía del dictamen favorable previo a la propuesta de tratamiento, que puede exigir el comité técnico para la utilización de medicamentos en situaciones especiales y de los no incluidas en la financiación del SNS.

1.10.2.9 Enfermos mentales

Nuestra [preocupación por la protección de los derechos de las personas que vienen afectadas por alguna enfermedad mental](#) continúa manifestándose con elevado nivel de interés, no ya solo por nuestra tradicional atención a la situación de este colectivo, sino también por la recepción continuada de quejas.

Los planteamientos que nos llegan son muy diversos, pero generalmente se impone el que incorpora el relato de la atención proporcionada a un paciente afectado por trastorno mental grave, respecto al cual se vienen desplegando importantes esfuerzos desde los ámbitos asistencial y familiar, que se traducen en su acceso a numerosos dispositivos, alternativas ocupacionales o laborales, e intensa actuación de seguimiento, con modificaciones de tratamiento farmacológico, que sin embargo no consiguen, al menos con un grado de continuidad suficiente, normalizar la vida de quien lo padece, lo que conduce a pedir para el enfermo su acceso a un dispositivo residencial donde puedan proporcionarle asistencia especializada y los cuidados precisos.

Tras la elaboración por parte de esta Institución de un Informe Especial sobre [“La situación de los enfermos mentales en Andalucía”](#), en el que pretendimos realizar un retrato ajustado de la atención sanitaria y social que se proporciona a los afectados y sus familias, y planteamos un conjunto de Recomendaciones; el año pasado quisimos resaltar la enriquecedora experiencia que había supuesto nuestra participación en la comisión técnica de seguimiento de la [“Guía de intervención en procesos de jurisdicción civil relativos a personas con discapacidad derivadas de distintos tipos de problemas psíquicos”](#), lo que había conducido a una actualización de la misma, incorporando propuestas de actuación fundadas en la coordinación de los recursos existentes, así como de creación de otros nuevos, entre los que figuraban estructuras residenciales más específicas para personas con Trastornos Mentales Graves, asociados con factores de complejidad, como son el deterioro cognitivo y la desorganización conductual, la presencia de conductas disruptivas graves y el consumo de sustancias.

Pues bien, junto a ello abogamos por la generalización de los equipos de atención asertiva, en los que se incluyeran personas expertas en el tratamiento de las drogodependencias, para atender en la comunidad los casos más problemáticos y complejos; así como la clarificación de las vías de acceso a los distintos recursos, que debía compaginarse con la contemplación de un procedimiento de urgencia para situaciones de grave necesidad.

[Es nuestra intención continuar promoviendo estas medidas, de manera que en el ejercicio de 2016 nos planteamos investigar la actividad de los equipos de tratamiento asertivo comunitario con los que cuenta el SSPA, y más concretamente la red de atención a la salud mental, a fin de conocer](#)



datos fiables sobre su presencia en el mapa territorial que conforman las distintas áreas de salud mental, su composición, criterios y nivel de actuación, y a ser posible, rango de resultados.

Por otro lado, la suscripción del protocolo para la mejora de la coordinación y atención a las personas con discapacidad en situaciones de dificultad y apoyo de las mismas en los procesos de incapacitación, con la Consejería competente de la Junta de Andalucía, y otras entidades, de la que dimos cuenta en el Informe Anual de 2014; también nos obliga a interesarnos por su efectiva aplicación, de forma que igualmente nos planteamos cuestionar a la Administración sobre la constitución de los dispositivos previstos en los mismos, los criterios de selección de los casos, y el inicio de su actividad.

En otro orden de cosas, también decidimos retomar nuestras actuaciones en relación con las **medidas de prevención del suicidio**, desde el convencimiento de la necesidad de establecer estrategias globales que las contemplen.

Iniciamos de oficio con esta intención la **queja 15/2789**, para responder a una demanda que no solo proviene de profesionales del sector de la salud mental, sino también de la ciudadanía, pues en esta Institución hemos recibido a asociaciones de afectados que nos han trasladado diversas reivindicaciones: una extensión de la estrategia preventiva más allá del ámbito de la enfermedad mental (educativo, laboral,...), una mayor especialización de los profesionales, una actuación decidida en relación con los supervivientes, y una meditada difusión a través de campañas institucionales, similares a las que pudieran venir realizándose en otros aspectos (accidentes de tráfico, drogas, violencia de género,...).

En el curso de la tramitación de la queja 12/7112, conocimos la intención de la Administración Sanitaria de elaborar un protocolo de prevención de suicidios de manera conjunta con los servicios sociales.

Por otro lado también hemos podido saber, por el Informe de la Defensora del Pueblo del Estado correspondiente al pasado ejercicio, que la Administración sanitaria a nivel estatal trabaja en el establecimiento de una estrategia global y multisectorial de prevención del suicidio, mediante la actividad desarrollada por un grupo específico a la que están llamadas a incorporarse las aportaciones de las distintas Comunidades Autónomas, con el fin de llevar sus resultados a la nueva Estrategia de Salud Mental.

Para dar respuesta a nuestro requerimiento de información, la Administración Sanitaria nos ha enviado un informe recopilatorio de diversas iniciativas, algunas de las cuales se insertan en el denominado proyecto Euregenas, mientras que otras se vinculan a la estrategia de salud mental del SNS, o a la elaboración del III Plan integral de salud mental de Andalucía.

Así el primero prevé medidas preventivas en el ámbito de la educación, con el desarrollo de un documento sobre "Prevención de la conducta suicida e intervenciones tras el suicidio. Recomendaciones para el ámbito educativo", la cuales se están pilotando en un instituto de educación secundaria, al tiempo que se prevé para este curso escolar, la introducción de una línea de educación socio-emocional ("Creciendo en salud" y "Forma joven en el ámbito educativo" para las etapas de educación infantil y primaria por una lado, y secundaria por el otro) dentro de los programas de promoción de la salud en el ámbito educativo.

También contempla el proyecto aludido la formación de profesionales, para llevar a cabo en cascada desde las unidades de gestión clínica de salud mental, a las unidades de salud mental comunitarias, y a los centros de salud de sus áreas de referencia; así como la incorporación a la historia clínica digital en el ámbito de la atención hospitalaria, de un guión para la exploración del riesgo de suicidio, y la implementación de un programa de prevención del suicidio en todas las UGC de salud mental como objetivo recogido en el acuerdo de gestión clínica.

Ahora bien, con respecto a dos de las cuestiones más reivindicadas por los ciudadanos y asociaciones que nos han trasladado su inquietud en esta materia, la Administración reconoce que existe poca experiencia de apoyo mutuo entre personas en duelo por suicidio, y con independencia de la posibilidad de que puedan ser derivados para atención a los servicios de salud mental, se alude a alguna modalidad de colaboración en algún distrito sanitario, que incluye formación a los profesionales de los servicios sociales comunitarios, sobre la base del documento denominado "*Establecimiento y mantenimiento de grupos de apoyo para personas con duelo por suicidio: Herramientas para facilitadores*".



Por otro lado no existe planteamiento de campañas institucionales en medios de comunicación, como las que están proponiendo algunos de nuestros interlocutores, al entender que este punto reviste gran complejidad, y que los programas de educación masiva tienen una eficacia limitada, en favor de los dirigidos a grupos específicos. No obstante aluden a la elaboración de un reportaje sobre prevención del suicidio ("Apostar por la vida") para el programa Reporteros, que ha sido presentado como ejemplo de buena práctica en la conferencia final del proyecto Euregenas mencionado.

Por último se nos da cuenta de la propuesta para una **estrategia andaluza de prevención de la conducta suicida** que se ha trasladado desde el SAS y FAISEM a la Consejería de Salud, así como de la contemplación de objetivos y líneas de actuación relacionadas con la prevención del suicidio dentro del III PISMA que en la actualidad se está elaborando.

Algunas de estas iniciativas por lo tanto permanecen aún en el marco estrictamente teórico, mientras que otras ya se están pilotando en algunos dispositivos, lo que nos lleva a desear la pronta valoración de sus resultados, a fin de que se puedan extender en el menor tiempo posible al resto del territorio.

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 15/0066**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud y al Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz, en Jerez de la Frontera, relativa al fallecimiento de un paciente en la sala de espera del servicio de urgencias del hospital de Jerez en la noche del 5 de enero de 2015.
- **Queja 15/0102**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud y al hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, relativa al fallecimiento de una paciente en la sala de observación-sillones del servicio de urgencias del hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.
- **Queja 15/0150**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud y al hospital Virgen Macarena de Sevilla, relativa al fallecimiento de un paciente en el hospital Virgen Macarena, en cuya planta de hospitalización ingresó desde el servicio de urgencias del centro, tras permanecer en este último más de doce horas, esperando en una silla de ruedas.
- **Queja 15/0161**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, relativa a la saturación en la atención hospitalaria de urgencias.
- Queja 15/0852, dirigida al hospital Puerta del Mar de Cádiz, relativa a fallecimiento de un bebé de cuatro meses tras demandas reiteradas de asistencia urgente en el hospital Puerta del Mar.
- **Queja 15/1059**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud y al hospital Juan Ramón Jiménez, de Huelva, relativa a la negativa del hospital a la solicitud realizada por los padres de un niño de once años de edad, para que pueda acceder a un medicamento (Translarna) como uso compasivo para el tratamiento de su enfermedad.
- **Queja 15/1700**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, relativa al uso compasivo de medicamentos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.