



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

Del análisis de su contenido nos gustaría destacar tres aspectos:

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

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

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

1.10.2.5 Tiempos de respuesta asistencial

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

1.10.2.6 Praxis médica

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

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