



### 1.3.2.2.7 Salud

Tratamos de abordar aquí aquellas situaciones sometidas a nuestra consideración, en las que la discapacidad se constituye en elemento determinante del problema que se suscita en relación con la Administración sanitaria.

Ocurre, sin embargo, que las personas que comparecen ante esta Oficina raramente hacen mención de su condición de personas con discapacidad, o señalan la misma como circunstancia que pudiera menoscabar su posición a la hora de desenvolverse en el ámbito del Sistema Sanitario Público, lo cual no quiere decir que muchas de las personas que nos hacen llegar sus quejas no sean realmente discapacitadas, y que no piensen que dicha condición debería implicar algún tipo de medida que pudiera favorecer en muchos casos su itinerario asistencial.

Es más, en general la normativa sanitaria tampoco contempla a las “personas discapacitadas” como sujetos específicos de atención, pues cuando recoge las obligaciones de los poderes públicos en este ámbito, traducidos habitualmente en forma de programas específicos o medidas de diverso tipo, se refiere a «grupos de población de mayor riesgo» (Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad), o a «personas que padecen enfermedades crónicas e invalidantes» (Ley 2/98, de 15 de junio, de Salud de Andalucía).

De todas maneras, aunque escasamente, a veces quienes se dirigen a esta Institución por asuntos relacionados con la Administración sanitaria, aluden a dicha condición para hacer valer determinadas pretensiones. En este sentido, podríamos mencionar por ejemplo la de contar con intérpretes de lengua de signos en los centros, o la que frecuentemente recibimos solicitando la **exención del copago de medicamentos para este colectivo** (queja 16/2801).

Pero las más de las veces la condición de discapacitado debemos deducirla teniendo en cuenta determinados indicadores que se exponen en las quejas: carácter y gravedad de las enfermedades padecidas, solicitud de determinadas prestaciones, necesidad de material de apoyo y ayudas técnicas.

En este orden de cosas, comprendiendo tradicionalmente la actuación sanitaria actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras, quizás la primera y la tercera presenten connotaciones que directamente las vinculen en muchas ocasiones a la discapacidad.

La previsión de las deficiencias tiene procedimientos específicos, pero muchas de las quejas que anualmente recibimos ponen de manifiesto situaciones que realmente suponen un evidente riesgo de que la discapacidad aparezca. Así podríamos reflejar multiplicidad de expedientes en los que la demora en el diagnóstico y la adopción de las medidas terapéuticas (fundamentalmente la cirugía) impiden atajar las patologías invalidantes con la prontitud necesaria (por ejemplo, en la queja 15/0410 se denuncia la **demora en la cita** de resultados para paciente con paraparesia, o en la consulta con la unidad de columna de la queja 16/2485 y **queja 16/0771**, o la unidad de retina en la **queja 16/4314**).

Ahora bien, como actividad esencialmente dedicada al tratamiento de déficits que pueden conducir a la discapacidad (aunque no siempre sea así), nos encontramos con la prestación de **atención temprana destinada a los niños que tienen problemas de desarrollo o presentan riesgo de padecerlos**, la cual viene experimentando en los últimos tiempos importantes cambios no exentos de polémica.

El año pasado iniciamos un expediente de oficio (**queja 15/3646**) que, aunque inicialmente obedeció a las noticias a las que accedimos sobre el impago de subvenciones a los **centros de atención infantil temprana** (CAITs), posteriormente prosiguió en relación con la dinámica generada a partir del acuerdo marco que habría de regir la contratación de dichos centros, y las consecuencias perjudiciales que muchas asociaciones y usuarios derivaron de las condiciones que lo regían.

El problema de las subvenciones, causado por la sucesión de dos modalidades de gestión de la prestación que no se llevó a cabo sin solución de continuidad, se solventó a través de una convocatoria, que se tramitó y abonó a sus adjudicatarios; pero la denuncia sobre deterioro de la calidad del servicio, que se achacaba fundamentalmente a la insuficiente financiación que se otorga a los centros (escasez de sesiones, pérdida de la especialización de los CAITs, exclusión de la prestación para los menores a partir de 4 años que tengan algún apoyo en el ámbito educativo, demora en las valoraciones y el inicio de la



prestación, ...), hizo que se modificara de manera sustancial el objeto del expediente, lo que nos llevó a solicitar la emisión de un informe complementario, que nos ayudara a conocer el estado actual de la problemática descrita.

En el curso de esta solicitud incorporamos múltiples peticiones de información para conocer el estado general de la prestación, las cuales tenemos que reconocer que no fueron respondidas en el informe que nos trasladó la Consejería de Salud.

A pesar de ello, tras la publicación del Decreto 85/2016 de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Temprana en Andalucía, del que aquel nos daba cuenta, y en plena fase de desarrollo del mismo, teniendo en consideración que intenta llevar a cabo una completa normación de la prestación, pensamos que no procedía una evaluación del sistema con nuestra anterior perspectiva, sino que la misma deberá llevarse a cabo bajo otras premisas, sin que esta Institución renuncie a acometerla en el momento en que se implante, siquiera mínimamente, el nuevo modelo.

En definitiva, por nuestra parte hemos venido apoyando el establecimiento del **régimen de concierto** para la gestión del servicio público de atención temprana, como medida para dotar de estabilidad financiera a los CAITs y eliminar las situaciones de inequidad en el acceso a la prestación, que hemos venido detectando; pero lo anterior no obsta para que mostremos nuestra preocupación en relación con el desenvolvimiento actual de la prestación, y la situación que pudieran venir padeciendo los destinatarios de aquella.

Somos conscientes de que hoy en día hay beneficiarios de la prestación que siguen teniendo problemas para acceder a la misma, o para recibirla en condiciones apropiadas a sus afecciones, por lo que a la espera de poder realizar el análisis antes mencionado, nos planteamos ejercer nuestra función de fiscalización de la actividad administrativa a través de la quejas individuales, poniendo de manifiesto los eventuales incumplimientos normativos que podamos detectar, y reclamando la adopción de las medidas oportunas para subsanarlos a través de nuestras resoluciones.

Pues bien, más allá de la prevención, **la asistencia rehabilitadora se configura como una prestación cercana al ámbito de la discapacidad**, que durante el período que consideramos para la elaboración de este informe, ha tenido una especial relevancia.

Esencialmente, la cartera de servicios del sistema sanitario público contempla la rehabilitación como tratamiento del déficit funcional recuperable, pero los protocolos aplicables para su dispensación no resultan ajustados en muchos casos a las expectativas de los pacientes o sus familiares, que de manera frecuente protestan por lo que consideran un cese anticipado del tratamiento.

En este sentido, se han manifestado ante esta Institución los promotores de diversas quejas, en varios casos en relación con la rehabilitación posterior al padecimiento de un ictus (queja 16/1638, queja 15/4612, y **queja 15/4292**), en otros la reclamación se motiva en la demora, llegando a emitir **Resolución** en la queja 16/2435, una vez que comprobamos que en el supuesto analizado en la misma se había tardado un año en dispensar al interesado el tratamiento que se le prescribió, mediando seis meses para la cita de rehabilitación, y otros seis meses para la del fisioterapeuta.

El **suministro de prótesis y material de apoyo técnico** constituye muchas veces un indicador de discapacidad, que con cierta regularidad también se sujeta a nuestra consideración.

Así, en la **queja 16/1710** la interesada, en tanto que usuaria de silla de ruedas eléctrica, nos explicaba que en un período aproximado de año y medio de uso de la que le habían suministrado, habían fallado las baterías y se habían desgastado las ruedas, hasta el punto de que aquella se encontraba inutilizable, pero a pesar de habersele prescrito la renovación de dichos componentes, no consiguió el necesario visado por falta del transcurso del período que a estos efectos se establece en el catálogo (36 meses), por lo que como por otro lado si había pasado el período de garantía, se encontraba imposibilitada para poder desarrollar su vida independiente, y continuar su actividad laboral.

Ciertamente, el catálogo por el que se regula la prestación ortoprotésica en Andalucía, se aprobó hace ya bastante tiempo (Decreto 195/1998, de 13 de octubre), sin que por parte de la Comunidad Autónoma



se hayan llevado a cabo las adaptaciones exigidas por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, para el cual el contenido de la prestación ortoprotésica estará determinado por aquellos artículos que expresamente se recojan en los catálogos que se elaboren en desarrollo de lo previsto en los apartados 6 a 10 del anexo VI.

Se da la circunstancia de que el catálogo de prestaciones que se incorpora a dicho anexo, que constituye cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (en terminología anterior al Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril), contempla como prestaciones, entre los accesorios para sillas de ruedas, la batería para sillas de ruedas eléctricas, y que la Guía descriptiva de ortoprotésis del Ministerio de Sanidad, que pretende definir el contenido común de la prestación, establece como vida media de aquella el período de un año, coincidiendo en este sentido con las manifestaciones de la interesada, según las cuales la reducción progresiva de calidad de las sillas a lo largo del tiempo, ha llevado consigo una importante reducción del período de vida útil de los mismos y sus componentes, de forma que en la actualidad no alcanzan el plazo marcado para la renovación, sino que duran en torno a los 15 a 18 meses.

En todo caso, el asunto expuesto se resolvió favorablemente, una vez que el hospital implicado lo revisó y determinó autorizar la renovación, tanto de la batería, como de las ruedas de la silla.

También el año pasado concluimos las actuaciones iniciadas de oficio en la **queja 15/5234**, que tenía por objeto conocer la gestión del **material de apoyo para el cuidado de pacientes a domicilio**, motivados por un lado por la demora que en ocasiones se había denunciado para su puesta a disponibilidad, así como por el escaso marco normativo que regula esta prestación (Orden de 9 de marzo de 2014 dentro del denominado Plan de Apoyo a las Familias).

Nos preocupaba que el acceso a este tipo de recursos (grúas para la movilización, camas articuladas, colchones antiescaras, ...) pudiera producirse de manera inequitativa; así como la calidad de la prestación, en la medida en que el nivel de existencias marcara también el umbral de accesibilidad, y con ello pudieran obviarse situaciones de necesidad.

De ahí, que nos interesáramos ante la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS por las siguientes cuestiones:

- Existencia de información centralizada a este respecto, bien en algún departamento de la Administración sanitaria, bien en la/s empresa/s suministradoras.
- Datos sobre las existencias de estos medios en los distritos, y los factores que marcan la dotación concreta de los mismos (población del área de cobertura, número de pacientes dependientes, ...) así como si se llevan a cabo nuevas adquisiciones para reponer el material deteriorado, o para aumentar la dotación en función de las necesidades detectadas.
- Procedimiento para la selección y dispensación a los beneficiarios, y la existencia de baremos o criterios de valoración unificados en orden a la adjudicación de cada uno de los medios considerados.
- Tiempos que marcan el acceso a estas ayudas técnicas a partir de su indicación (tiempos medios de acceso), desglosados por distritos, o al menos por provincias.

Con respecto a la primera cuestión, se nos dijo que existe una aplicación informática centralizada en dicha Dirección General, con múltiples funcionalidades, que permite comprobar los recursos y su disponibilidad.

De igual forma, se explica que se llevan a cabo compras centralizadas y en algunos casos contratos de arrendamiento para conformar la dotación de recursos y que los mismos se reparten en función de la edad de la población (mayor de 80 años), y el nivel de movilidad del material en cada provincia y distrito sanitario.

Se relata cómo se lleva a cabo la valoración de los pacientes por parte de profesionales de enfermería, conforme a protocolos unificados para cada tipo de recurso, y se menciona que el plazo medio de espera es de 6 días.



En definitiva, consideramos que los datos suministrados evidencian una gestión sistematizada de la prestación y un conjunto no desdeñable de recursos, al tiempo que saludamos positivamente la participación de empresas de Faisem en el procedimiento que referimos, y la intervención en los trabajos que conlleva el mismo (funciones de custodia, limpieza e higienización, así como traslado, entrega y recogida), por parte de personas afectadas por trastorno mental grave.

Ahora bien, al cierre del expediente seguíamos manteniendo la duda respecto de si el nivel de recursos existente, y el índice de movilidad de los mismos, permite satisfacer las necesidades de todas las personas que precisan cuidados en el domicilio, pues en definitiva la solicitud de material se realiza tras la aplicación del baremo, desconociendo por nuestra parte los puntos de corte que en caso determinan la activación de aquella.

Cabría, por tanto, pensar que la disponibilidad de medios obligara a una aplicación estricta de los baremos aludidos, de manera que solo accedieran a los recursos aquellos pacientes que resultan adjudicatarios de una puntuación muy elevada, viéndose privados o, cuando menos, postergados en este beneficio, los que acreditan puntuaciones inferiores, y es en este sentido en el que cuestionábamos a la Administración sobre listas de espera.

La falta de una incidencia significativa de quejas sobre esta materia nos ha impedido alcanzar otras conclusiones, sin perjuicio de que las que pudieran seguir recepcionándose nos permitan quizás realizar otro tipo de consideraciones a este respecto.

Y es que sin ir más lejos, en la queja 16/4467 un ciudadano denuncia que lleva esperando tres años desde que solicitó una cama articulada para su esposa, sin que le hayan proporcionado información más allá de que está incluida en una lista, a pesar de que presenta un grado de discapacidad del 99%.

En otro caso ([queja 15/3557](#)), la reclamación se proyecta sobre la **escasez del material que se proporciona** en razón de la condición de lesionado medular de quien lo promueve, considerando que se le pide una excesiva durabilidad que perjudica su salud.

En concreto, entiende el interesado en este expediente que deberían proporcionarle una cánula al mes, y, sin embargo, solamente le suministran una para cuatro meses; o tres sondas de aspiración diarias, cuando por el contrario se pretende que las utilice en varias ocasiones.

Estima que otras pautas de dispensación de los productos adecuada a sus necesidades conllevaría la dispensación de un paquete de gasas al día, 1 bote de suero fisiológico cada quince días, 3 empapaderas diarias, 1 caja de tela adhesiva cada quince días también, y una caja de guantes al mes.

El informe recibido del dispositivo de atención primaria de referencia del interesado nos dio cuenta de la reunión mantenida con el mismo, en la que habían participado la coordinadora de cuidados de su centro de salud, y la enfermera gestora de casos, en la que, al parecer, llegaron a un acuerdo en cuanto al material que se le dispensa, lo que llevó a considerar el asunto en vías de solución.

