

1.11 SALUD.





1.11 Salud

1.11. 1	Introducción	325
1.11. 2	Análisis de las quejas admitidas a trámite	327
1.11. 2.1	Salud Pública	327
1.11. 2.2	Atención Primaria	328
1.11. 2.3	Atención Especializada	329
1.11 2.3.1	Autorización para derivaciones a centros ajenos al sistema sanitario público de Andalucía	330
1.11 2.3.2	Cirugía plástica, reparadora y estética	331
1.11 2.3.3	Angioplastia primaria 24 horas	331
1.11 2.3.4	Reproducción asistida	332
1.11. 2.4	Atención Sanitaria de Urgencias	332
1.11 2.4.1	Urgencias Extrahospitalarias	333
1.11 2.4.2	Urgencias hospitalarias	334
1.11. 2.5	Tiempos de respuesta asistenciales	335
1.11. 2.6	Praxis médica	339
1.11. 2.7	Derechos de los usuarios	340
1.11. 2.8	Centros Sanitarios	342
1.11. 2.9	Farmacia	343
1.11. 2.10	Salud mental	344

1.11. 3	Actuaciones de oficio, colaboración de las administraciones y Resoluciones no aceptadas	346
1.11. 3.1	Quejas de oficio	346
1.11. 3.2	Colaboración de las administraciones	347
1.11. 3.3	Resoluciones no aceptadas	347



1.11.1 Introducción

Comenzamos con un breve apunte numérico para dimensionar la actividad de la Institución por lo que hace a la materia que es objeto de este capítulo. El número de quejas planteadas por parte de la ciudadanía no deja de ser un indicio de su **preocupación por la problemática sanitaria**, puesto que sin lugar a dudas a la hora de someter a nuestra consideración algún asunto que les atañe, bien directamente, bien de forma más genérica, entran en juego muchos factores.

La mayor o menor intensidad con la que se cuestionan ciertos aspectos del sistema sanitario, nos ofrece un muestreo privilegiado de los puntos donde se concentra el descontento y por tanto de los escenarios donde esta Institución debería poner más énfasis para tratar de proponer medidas que, previa aceptación de la Administración sanitaria, pudieran contribuir a solventar los déficits.

Sirva este preámbulo a la estricta cuantificación de los expedientes planteados a iniciativa de los ciudadanos andaluces, en total 518, a los que debemos unir los 6 que hemos iniciado de oficio, lo que pone de manifiesto un **sustancial incremento respecto a las quejas que se registraron en el ejercicio de 2017**, situándose en lo más alto de la secuencia de los últimos años, que viene representada por las siguientes cifras: 307 (año 2015), 426 (año 2016), y 384 (año 2017).

Hecha esta salvedad, nos valemos de este apartado introductorio para comentar dos novedades normativas importantes que aparecieron durante 2018 y que representan por un lado la reclamada vuelta a la **universalización de la sanidad**, y por otro la modificación de la regulación en el ámbito estatal de la denominada **prescripción enfermera**.

Así, el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud (SNS), ya lo dice todo en su título, puesto que surge con la aspiración de derogar la reforma de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, operada por el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

En esta misma sede del Informe Anual del año 2013 nos detuvimos a considerar los tres aspectos que, a nuestro modo de ver, resultaban más relevantes de esta última regulación, a saber, la determinación del ámbito subjetivo del derecho, la delimitación de su contenido, y la prestación farmacéutica.

Entonces nos referimos a la problemática que planteaban las nuevas definiciones de asegurado y beneficiario, la modificación prevista de la cartera de servicios, y las repercusiones de las nuevas reglas de copago, y otras medidas dirigidas al uso racional de los medicamentos.

Centrada la cuestión en la exclusión del derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos de los extranjeros que no fueran titulares de una autorización para residir en territorio español, los cuales, a tenor de la norma, solo mantenían la posibilidad de recibir asistencia de urgencia, o limitada a determinadas circunstancias (minoría de edad, y proceso de embarazo, parto y postparto); nos preguntábamos entonces por el camino que iba a seguir la Administración sanitaria andaluza, hasta entonces favorable en todo momento al acceso de los integrantes de este colectivo a los servicios sanitarios públicos.

Despejada la duda por la declaración formal del compromiso de mantener la asistencia sanitaria a los inmigrantes residentes en Andalucía, tal y como había venido sucediendo hasta entonces, que se reforzó con la elaboración de unas instrucciones sobre *“el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía a personas extranjeras en situación irregular y sin recursos”*, asistimos, sin embargo, a la impugnación y anulación de las iniciativas reguladoras de otras comunidades autónomas, y a la diversidad en el tratamiento de este colectivo, causante de la lógica inseguridad jurídica.

De ahí que el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, proclame desde el principio su vocación de **“garantizar la universalidad de la asistencia”**, o lo que es lo mismo de “garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado español”.

En todo caso, si bien realiza un reconocimiento general del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español, respecto a quienes tienen el derecho con arreglo a los reglamentos comunitarios de coordinación de los sistemas de Seguridad Social aquel se sigue vinculando a los mismos, y en cuanto a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español, a las que igualmente se asigna el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, se les exige el cumplimiento de una serie de requisitos.

En cuanto a este colectivo se prevé que las comunidades autónomas establezcan el procedimiento de solicitud y expedición del documento certificativo que les acredite para recibir la asistencia, al tiempo que el reconocimiento del derecho con carácter general ha pasado del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) al Ministerio de Sanidad, conservando el primero la competencia cuando el derecho deriva de normas internacionales de coordinación de la Seguridad Social.

En definitiva, que nos encontramos con una norma muy reciente que está precisada de desarrollo reglamentario, planteando dudas interpretativas que el mismo contribuirá a resolver, y que habrán de solventarse con el tiempo.

En otro orden de cosas también queremos hacer hincapié en la modificación del Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la **indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros**, mediante el Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre.

Y es que en esta Institución intervinimos ante las alegaciones de inseguridad jurídica de miembros del colectivo enfermero por la vigencia simultánea de normativa estatal y autonómica y la posible contradicción existente entre las mismas.

Por lo que aquí nos interesa, entendiendo la Administración andaluza que le correspondía la competencia en materia de acreditación de la formación del personal sanitario, formuló conflicto positivo de competencia ante el Tribunal Constitucional, el cual se resolvió con la anulación de los preceptos correspondientes de la norma estatal, al considerar que vulneraban las competencias autonómicas de desarrollo y ejecución en materia de acreditación del personal de enfermería.

Este aspecto, junto a la propia controversia profesional en torno a este tema, por las dificultades interpretativas surgidas, a pesar de que este tipo de prescripción ya estaba contemplada en la propia ley de garantías y uso racional de los medicamentos, determinó la búsqueda de un acuerdo entre las profesiones médica y enfermera, que se materializó en el Foro Profesional, y que ha servido de base a la nueva regulación que comentamos.

1.11.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.11.2.1 Salud Pública

La Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, define esta última como “el esfuerzo organizado por la sociedad para proteger y promover la salud de las personas y para prevenir la enfermedad mediante acciones colectivas”. Dicho texto normativo dedica uno de sus títulos a regular la **relación de la salud pública y la ciudadanía**, incluyendo un catálogo de derechos y obligaciones y una serie de garantías, prestando atención entre otras cosas a la colaboración social en esta materia, así como al fomento del interés por la salud.

El interés por la salud individual se hace patente en la mayoría de las quejas que recibimos de los ciudadanos. Sin embargo algunas de ellas introducen un matiz de preocupación por la **dimensión social de la salud** que resulta muy digno de tener en cuenta.

En este orden de cosas durante el pasado ejercicio se evidenció el interés por la **salud ambiental** en forma de quejas, algunas ya conocidas como las atinentes a la garantía de cumplimiento de la **normativa “antitabaco”**, otras más novedosas, como la que plantea el riesgo que para la salud pueden implicar los dispositivos **“sopladores de hojas”** que se vienen utilizando en la limpieza viaria de las ciudades.

En el primer aspecto recepcionamos protestas por la falta de respeto de la **prohibición de fumar en establecimientos de hostelería** (queja 18/3803); en el segundo caso se nos puso de manifiesto el riesgo para la salud que entraña la proyección al aire de partículas y bacterias del suelo, algunas producidas por excrementos de animales, gases de vehículos, y también polen y ácaros, a raíz de la utilización habitual para la limpieza viaria de mecanismos en principio pensados para facilitar la recogida de hojas en los parques, en los que la utilización de procedimientos de protección (mascarillas) por parte de quienes los manipulan, contrasta con la libre exposición de los ciudadanos en general, incluidos los niños.

Es competencia municipal el control de la contaminación acústica y atmosférica derivada del uso de dichos aparatos, mientras que, por otra parte, compete a la Administración sanitaria evaluar el riesgo para la salud de la población que resultaría de la medición objetiva de datos.

A tenor de lo expuesto, será necesario instar la actuación de los ayuntamientos en aquellas localidades donde dicho aparataje se utilice, para que realice las mediciones oportunas que pueden servir de referencia a la valoración que compete a la Administración sanitaria.

En materia de **promoción y prevención de la salud** constituye objeto habitual de este apartado la problemática relacionada con la administración de **vacunas**. A diferencia de lo que ha venido sucediendo en los años anteriores (desabastecimiento de la vacuna frente a la tosferina, o incorporación de la del neumococo al calendario vacunal), durante 2018 no se nos ha suscitado un reivindicación global sobre esta cuestión, lo que no impide que haya habido planteamientos puntuales (queja 18/6727 por desabastecimiento de la vacuna de la gripe en Granada, queja 18/2153 sobre solicitud de vacuna contra la hepatitis A para hija con enfermedad de Crohn, o negativa a dispensar dosis de recuerdo de tétanos-difteria recomendada por causa de un viaje a Kenia, que motivó la queja 18/3523).

Cobra relevancia la denuncia por la **carencia de centros de vacunación internacional en las provincias de Córdoba y Jaén** (queja 18/0294 y queja 18/2640), lo que fundamentalmente obliga a desplazarse a otras provincias que sí los tengan a quienes precisan de la administración de las vacunas que exigen sus viajes a determinados países.

Los servicios de vacunación internacional se insertan en el marco de la sanidad exterior, entre cuyas funciones se contempla el control y vigilancia sanitaria del tráfico internacional de personas, y dada su naturaleza de competencia exclusiva del Estado a tenor de lo dispuesto en el art. 149.1.16 de la Constitución, nos hemos visto obligados a remitir el conocimiento de este asunto al Defensor del Pueblo de las Cortes Generales, por cuya intervención hemos podido conocer que en relación con las provincias donde no se ubican servicios de sanidad exterior (porque los riesgos para la salud pública derivados del tráfico internacional de personas o de mercancías, o la carga de trabajo, no lo justifiquen), se está promoviendo la realización de encomiendas de gestión con las comunidades autónomas para la apertura de nuevos centros de vacunación internacional, siendo esta la opción elegida para ampliar la prestación en Andalucía con la inclusión de dichos centros en las provincias referidas.

El desarrollo e implantación de los programas de cribado también tienen encaje común en este apartado, y en este punto anunciamos en el Informe correspondiente a 2017 la iniciación de oficio de la **queja 17/4786** para conocer el nivel de implantación del programa de cribado de cáncer de colon.

Por lo que hace a este asunto, el informe de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS no resultaba muy alentador, pues a su fecha de emisión (febrero de 2018) aludía a una extensión del programa que englobaba tres centros de salud por provincia, y un porcentaje del 5,13% de la población diana (personas con edad comprendida entre los 50 y los 69 años) a la que se había invitado a participar, anunciando a continuación su ampliación conforme a los plazos establecidos por la disposición adicional segunda de la Orden SSI/2665/2014 de 31 de octubre.

**“Preocupación
por la
dimensión social
de la salud”**

Sin embargo, con posterioridad, tuvimos conocimiento de las declaraciones de la máxima responsable de la Administración sanitaria andaluza, mediante las cuales afirmaba que a lo largo de 2018 el programa se extendería a todos los centros de salud de la comunidad autónoma, lo que nos permitió concluir nuestras actuaciones, manifestando nuestra disposición para realizar el seguimiento de este compromiso, e incluso realizar una nueva intervención de estimarlo oportuno.

No obstante, en la actualidad venimos asistiendo a la campaña de difusión que se está realizando en diversos medios de comunicación, y que resulta explicativa de la prueba que constituye el cribado y el modo de acceder a la misma, por lo que habremos de entender que aquella está disponible para toda la población diana, a la que se pretende convocar para la misma en un plazo de dos años.

1.11.2.2 Atención Primaria

El ámbito de la atención primaria de la salud continúa siendo mucho menos reclamado que el de la asistencia especializada, siguiendo la tónica habitual de comportamiento de la ciudadanía a la hora de hacernos llegar sus quejas en relación con los procesos asistenciales que les afectan.

Ya hemos dicho en otras ocasiones que aun siendo normal esta tendencia por la relativa simpleza del primero respecto de la abrumadora complejidad que puede presentar el segundo, el **escaso número de quejas** registrado en este apartado contrasta con la singular relevancia de la atención primaria de la salud, en tanto que es frecuente puerta de entrada al sistema e instancia que garantiza la continuidad de la asistencia a lo largo de la vida del paciente.

En el informe del año pasado aludíamos a la Estrategia para la renovación de la atención primaria, y este año no podemos dejar de destacar aspectos muy relevantes de la misma como la elaboración del Catálogo de pruebas diagnósticas (de imagen, funcionales, de anatomía patológica y de laboratorio), que pueden ser solicitadas por los profesionales del ámbito de la atención primaria de la salud, con la encomiable aspiración de mejorar el proceso diagnóstico, incrementando la capacidad de resolución en este ámbito, disminuyendo las interconsultas hospitalarias y los tiempos de espera en el espacio asistencial, tal y como se señala en su presentación, que resulta más cercano y habitual para la población.

Pero ni esta ni otras cuestiones que se incluyen en dicha Estrategia y que están llamadas a repercutir ampliamente en la asistencia, tienen por ahora reflejo, al menos de una forma directa, en los planteamientos que recibimos de los ciudadanos, lo que nos impide empezar a medir su grado de implantación, teniendo en cuenta que no se define un horizonte temporal para las distintas acciones que se contemplan.

Es posible que, por ejemplo, la opción que hemos comentado en cuanto a las pruebas no se conozca, o simplemente que la inercia lleve a cuestionar aspectos más prosaicos desde la perspectiva del paciente.

En este orden de cosas la casuística es inmensa, pero advertimos materias como objeto de las quejas que recibimos el año pasado, que tradicionalmente se repiten dentro de este apartado, a saber, el déficit de medios personales, los problemas para acceder a las citas, la negativa a la derivación a especialistas, la resistencia a la atención en el domicilio, la discrepancia en cuanto a la prescripción/sustitución de determinados fármacos, o las dificultades para la asistencia como desplazados.

Sobre este último aspecto llegamos a posicionarnos a través de la **Resolución** emitida en la queja 17/1692, tras comprobar el **incumplimiento por parte de un centro de salud** de las prescripciones establecidas internamente por la Administración sanitaria, cuando un ciudadano requirió asistencia en el mismo porque **se encontraba temporalmente desplazado en la localidad por motivos laborales**.

Ciertamente no se discutía su derecho a recibir asistencia sanitaria en una localidad distinta a la de su residencia habitual, sino la obligatoriedad de seguir determinados trámites burocráticos para acceder a la misma que implicaban la necesidad de asignación previa de centro y médico.

Y es que atendiendo a la reglamentación interna aludida, que puede consultarse en la web del SAS, la asignación de centro y médico que se aducía por la Administración como necesaria para adjudicar cita, se constituye solamente como opción, con el único efecto añadido de que un solo profesional se encargue de la asistencia durante el tiempo que dure el desplazamiento, siendo posible asignar aquella aun cuando el usuario no solicite la elección de médico por desplazamiento temporal a otro domicilio, solo que en estos casos lógicamente podrá ser atendido por profesionales diferentes cabe vez que recabe asistencia.

1.11.2.3 Atención Especializada

La atención especializada es la que comienza cuando las necesidades de asistencia que presenta un paciente superan las posibilidades que ofrece el ámbito de la atención primaria, y aunque se tienda a subrayar la aspiración de integralidad de esta última y a dotarle de medios para incrementar su capacidad de resolución, tal y como hemos comentado en el apartado anterior, es evidente que la primera engloba los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más complejos, y también que los itinerarios asistenciales de los pacientes para recibir asistencia en el diversificado entramado de dispositivos que la dispensan resultan mucho más complicados.

En la comparativa numérica de quejas la supremacía de las que se refieren a la atención especializada resulta aplastante y ello aun sin incluir dentro de este apartado las que implican denuncia por los tiempos invertidos en las distintas actuaciones sanitarias, que por su entidad cuantitativa, y por el índice de respuesta de esta Institución en forma de resoluciones, es merecedor de un examen independiente que con posterioridad realizaremos.

En todo caso, las quejas sobre atención especializada también se reparten entre las que nos trasladan los obstáculos de los ciudadanos para “moverse” por los circuitos asistenciales haciendo hincapié en aspectos de accesibilidad, y las que se centran en cuestiones relacionadas con la prestación sanitaria propiamente dicha, su contenido y condiciones de dispensación.

En el primer grupo podemos hacernos una idea de las cuestiones planteadas simplemente filtrando la referencia de la queja a través del término “cita”, encontrándonos de este modo con planteamientos del siguiente tenor: **error en gestión de citas** dilata la práctica de pruebas de alergia (queja 18/1105), no le dan cita de especialista ni responden a su reclamación (queja 16/5881), problemas en gestión de cita para especialista de digestivo (queja 18/5975), o gasto innecesario en desplazamiento por cita equivocada (queja 16/6084). Con todo, las circunstancias que se erigen como obstáculos para ser atendidos en circunstancias y plazos razonables son variadas: cierre de agendas, bajas de profesionales, suspensiones sucesivas de las fechas establecidas para las consultas, o incluso período vacacional.

La actividad asistencial concreta que un paciente recibe o aspira a recibir es la motivación más frecuente de las quejas que recepcionamos en cuanto a la asistencia especializada, y la pretensión que se incorpora a la misma resulta tan absolutamente diversa que se nos hace prácticamente imposible agruparla en torno a cuestiones comunes, a pesar de lo cual todos los años intentamos destacar aquellas que comparten algún aspecto, bien sea el proceso patológico, el área asistencial, la modalidad prestacional o cualquier elemento que nos permita sacar conclusiones respecto del comportamiento de la Administración sanitaria en un determinado punto, y en su caso, realizar propuestas.

De esta manera los epígrafes que incluimos en este apartado del informe pueden subsistir o no de un año para otro en función de la relevancia que el asunto haya tenido en el ejercicio correspondiente, pudiendo siempre incorporarse otros nuevos.

En todo caso, aunque solo sea por la gravedad de las patologías a las que afecta, siempre nos gusta dejar constancia de los requerimientos que se relacionan con **procesos oncológicos**, sea por demora en el acceso a los tratamientos de quimio y radioterapia (queja 17/3540 y queja 17/2622), o cualesquiera otras incidencias surgidas en

**“Obstáculos
y deficiencias
en los itinerarios
asistenciales
de los pacientes”**

el seguimiento de la enfermedad (queja 17/3268 y queja 17/2215). En concreto en la **Resolución** emitida en la queja 17/2622 analizamos con detalle el proceso asistencial del interesado, tanto en lo que se refiere al diagnóstico de su enfermedad oncológica, como al tratamiento de la misma una vez que se establece la terapia de elección.

1.11.2.3.1 Autorización para derivaciones a centros ajenos al sistema sanitario público de Andalucía

La Administración sanitaria andaluza contempla la asistencia en centros ajenos al Sistema Sanitario Público de Andalucía de manera excepcional, y por causas prefijadas. En concreto, la Circular 0203/15, de 30 de julio de 2015, alude a la imposibilidad de realizar la asistencia en un centro sanitario, público o concertado o la conveniencia, adecuadamente justificada, de efectuarla en un centro ajeno determinado, incluyendo para sustentar estas situaciones los supuestos de no disponibilidad o disponibilidad limitada de un procedimiento por complejidad tecnológica, o porque requiera alta especialización facultativa, así como la baja prevalencia de la patología, que haga ineficiente la prestación con medios propios.

El procedimiento para la autorización también aparece bien definido en dicha regulación interna: solicitud de un facultativo de hospital de referencia acompañada de informe clínico detallado y propuesta concreta del centro ajeno en el que se pretende la asistencia con visto bueno del gerente, a lo que se une la autorización de la Subdirección de Accesibilidad y Continuidad Asistencial de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.

Pues bien, en el **informe del año pasado** ya dimos cuenta de lo que quisimos ver como un cambio en la tendencia absolutamente restrictiva que venía presidiendo la autorización de este tipo de derivaciones en los peores tiempos de la crisis, si no fue casualidad que los dos expedientes que pendían sobre esta materia desde el año anterior, más el que se planteó ex novo en el 2017 fueran resueltos satisfactoriamente para los peticionarios.

Durante 2018 nos han llegado cinco quejas para protestar por la **negativa o las dificultades encontradas a la hora de llevar a cabo estas derivaciones**, cuatro de las cuales aparecen referidas a pacientes menores de edad afectados por enfermedades infrecuentes.

La respuesta de la Administración sanitaria andaluza ha sido desigual, y así en la **queja 18/2249** ha accedido al tratamiento de un paciente con osteogénesis imperfecta en el hospital de Getafe a la vista de que dicho centro dispone de una unidad específica de esta patología y teniendo en cuenta el beneficio que la misma podía aportar a su caso concreto; mientras que por el contrario no se consiente la derivación de un niño con extrofia vesical para revisiones de una intervención quirúrgica que se realizó en el Hospital Universitario La Paz (queja 18/336) porque previamente no se autorizó que se llevará allí a cabo dicho procedimiento.

Las dificultades que se generaron en la unidad de traumatología pediátrica del Hospital Virgen del Rocío tras la marcha de su responsable quizás están en el origen de la solicitud de derivación al mismo Hospital Universitario La Paz de un menor con escoliosis congénita (queja 18/1064), aunque los motivos que nos han llevado a cerrar el expediente de queja que sobre aquel asunto se planteó, conocida la supervivencia de su calificación como Unidad de referencia y las reformas e incorporaciones de profesionales producidas, son probablemente los que han impedido la autorización en este caso, al entender que el centro sevillano está perfectamente capacitado para llevar a cabo las técnicas propuestas a este paciente.

La falta del informe de este último centro, requerido en el procedimiento de autorización, provocaba la preocupación de los familiares de un niño afectado por hemimelia peronea, que debía ser intervenido con rapidez para evitar el riesgo de amputación, pero una vez emitido aquel se nos comunicó la decisión favorable a su tratamiento en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, de Murcia (**queja 18/0485**).

Por último en la queja 18/3086 la solicitud para el tratamiento en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, de Madrid, de un joven de quince años afectado por la enfermedad Von Hippel Lindau, se ha saldado con la autorización, pero para un centro distinto al inicialmente solicitado que tiene la condición de referente para Síndromes Neurocutáneos genéticos (facomatosis), en concreto el Hospital Universitario Germans Trias y Pujol de Badalona.

1.11.2.3.2 Cirugía plástica, reparadora y estética

En el Informe Anual al Parlamento correspondiente al ejercicio de 2016 nos detuvimos a reflexionar sobre la cartera de servicios del sistema sanitario público en materia de cirugía plástica y los criterios establecidos por la Administración sanitaria en la Circular 41/15, de 9 de marzo, para referimos a la modificación operada en los mismos en relación con la dermolipectomía.

Ahora queremos centrar nuestra atención en una de las intervenciones más demandadas en este ámbito como es la destinada a corregir la **hipertrofia mamaria**, pues es habitual que se deniegue su práctica porque los pacientes no reúnen los criterios establecidos en dicha regulación interna.

En muchos casos dicha negativa se torna pertinaz, como para la interesada en la queja 16/5462, tras haber sido revisada en diversas ocasiones por las unidades de cirugía plástica de dos hospitales, resultando siempre la misma valoración contraria a la intervención por causa de presentar un IMC superior a 30.

Por nuestra parte sin embargo, aun conocedores de los criterios de operabilidad recogidos en la circular antes mencionada, hemos querido hacer hincapié en el carácter meramente interpretativo de los mismos en relación con la salvedad que, en cuanto a la exclusión genérica de los procedimientos con finalidad estética, realiza (*a sensu contrario*) el apartado 5 del Anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre: “los que guarden relación con accidente, enfermedad o malformación congénita”.

Con ello queremos decir que los criterios de la Administración sanitaria, aun reconociendo el interés por representar el mejor conocimiento científico disponible y el consenso de las unidades implicadas, no deberían ser aplicados de manera estricta, sino sujetarse a las particularidades del caso, pues en el que específicamente analizamos concurrían todos los demás requisitos, la repercusión causada por el volumen mamario (patología dorsal) y la recomendación de diversos especialistas en orden a la práctica de la intervención reductora.

A esta conclusión apuntaba la regulación anterior (instrucción segunda de la Circular 1/03, de 11.7.2003), que señalaba la naturaleza orientativa de los criterios de inclusión/exclusión y la conveniencia de huir de la rigidez en su aplicación, recomendándose valorar otros factores que acompañaran al paciente, algunos especialmente, como la repercusión de las patologías sobre el desarrollo psicosocial, solicitando cuando fuera necesario, la colaboración de las unidades de salud mental.

Por nuestra parte pensamos que dicha previsión, aun ausente del texto de la Circular 41/15, de 9 de marzo, debe considerarse implícita en el mismo y por eso emitimos una **Resolución** recomendando **evaluar la opción quirúrgica desde la perspectiva de la repercusión de la misma en la mejora de la salud de la paciente**, valorando el efecto de la disminución del volumen mamario respecto de la eliminación o disminución de su sintomatología, para en su caso estimar que la operación no tiene un carácter meramente estético, sino que resulta necesaria por su vinculación a una enfermedad.

1.11.2.3.3 Angioplastia primaria 24 horas

En el marco de las quejas promovidas para la mejora de la sanidad **en Huelva**, como eco de las movilizaciones producidas contra la fusión hospitalaria, aunque en este caso planteada a través de múltiples quejas individuales, nos llegó la **reivindicación de la ciudadanía de contar** en dicho ámbito geográfico con un **servicio de hemodinámica** que resultara accesible para la práctica de la angioplastia primaria en pacientes con infarto agudo de miocardio durante las 24 horas.

A este respecto hacían valer la opción por la angioplastia frente a la fibrinólisis para tratar la obstrucción de la arteria coronaria, cuando es posible llevar a cabo aquella en un período de tiempo inferior a 120 minutos, presentando la segunda riesgo de importantes efectos secundarios (sangrado, ictus).

De esta manera consideraban que la disponibilidad parcial de la técnica en la provincia (días laborables en horario de 9 a 15 horas), generaba un **agravio comparativo para la población respecto del resto de las provincias andaluzas**, que se traducía en peores posibilidades de supervivencia de estos pacientes.

De ahí que por nuestra parte tratáramos de aglutinar esta inquietud mediante la incoación de un expediente de oficio, **queja 18/2113** dirigido a investigar la disponibilidad de esta técnica en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y evaluar la posible existencia de quebras de la equidad en el tratamiento de esta patología en función del lugar de residencia.

Pedimos para ello diversa información que nos fue facilitada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS, aunque tampoco nos hizo falta profundizar en su análisis en la medida en que, reconociendo que en la provincia de Huelva (unidad de hemodinámica integrada en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Cardiología del Hospital Juan Ramón Jiménez) la angioplastia primaria se venía realizando en horario de mañana de lunes a viernes, y solo las 24 horas como segunda opción tras la trombolisis en caso de ser necesario, hubo un punto de inflexión (el 28.5.18) a partir del cual se puso en marcha el programa provincial de Código Infarto, que conlleva la disponibilidad de la angioplastia primaria como primera opción durante las 24 horas, al tiempo que incorpora un protocolo de actuación para decidir la mejor estrategia de tratamiento en cada situación, de acuerdo con la guías de práctica clínica.

Además, aunque en principio aparecía como único punto discordante en el ámbito geográfico andaluz la limitación horaria que afectaba a esta técnica en la provincia de Almería, con una disponibilidad de 8:00 a 20:00 horas, con posterioridad también se nos indicó que desde el día 1.6.18 el Hospital Universitario Torrecárdenas había ampliado la cobertura del programa provincial del Código Infarto, que conlleva la disponibilidad las 24 horas al día, los 365 días del año.

1.11.2.3.4 Reproducción asistida

Junto a la consabida reclamación por demora en el acceso a los tratamientos que es objeto de quejas individuales y motiva nuestra periódica intervención a través de quejas de oficio, también nos encontramos en este punto con las que se sustentan en la **deficiente información recibida en torno a las condiciones de inclusión/exclusión del programa**, pues nos encontramos con peticionarias que han salido del mismo cuando se ha comprobado su baja respuesta ovárica, y aun resultando indiscutible el criterio técnico que la determina, esgrimen que desconocían esta circunstancia como causa impeditiva del sometimiento a los tratamientos.

Aun cuando los expedientes que se han generado por este motivo no han conllevado la admisión de las quejas, interesa destacar que en la última iniciada de oficio sobre este asunto (**queja 15/2594**) ya pusimos de manifiesto que la información resulta falta de sistemática y uniformidad en cuanto a los medios y los momentos temporales en los que se ofrece, recogiendo entre las recomendaciones realizadas la de **protocolizar la oferta de información**, incluyendo en todo caso la entrega de documentos escritos que resulten expresivos de las causas de inclusión y exclusión del programa, al tiempo que se asegure la notificación individualizada e igualmente escrita de la salida de aquel, en el momento en que se produzca la circunstancia determinante de la misma.

Desconocemos si el compromiso que nos trasladó la Administración sanitaria de constituir un grupo de expertos para la revisión de los documentos actuales y el diseño de otros comunes para todas las unidades de Reproducción Humana Asistida (RHA) se ha materializado, pero a la luz de lo expuesto tenemos necesariamente que cuestionarlo.

Por otro lado, las dificultades para la localización de gametos, tanto masculinos (queja 17/2607) como femeninos (queja 18/2014), en el caso de tratamientos que conlleven su donación, o las incidencias que marcan el comienzo de la asistencia en el nuevo hospital de Granada (queja 18/6634), son algunas de las cuestiones sobre las que también hemos intervenido en el pasado ejercicio.

1.11.2.4 Atención Sanitaria de Urgencias

La preocupación por la atención sanitaria de urgencias se mantiene en términos prácticamente parejos por lo que hace a los ámbitos extrahospitalario y hospitalario.

No hace falta recordar que esta modalidad asistencial es la que se relaciona más directamente con los riesgos más acuciantes para la salud y la vida, al menos en cuanto se refiere a la incidencia del factor tiempo para la atención, y esta circunstancia genera inquietud y preocupación por lo que a los dispositivos encargados de prestarla se refiere.

Como viene ocurriendo a lo largo del tiempo las cuestiones que se someten a nuestra consideración se podrían englobar en dos grandes grupos, por un lado las que ponen en cuestión la **suficiencia de medios puestos al servicio de esta prestación**, y por otro las incidencias acaecidas a raíz de demandas concretas de atención sanitaria urgente, significativamente la demora que ha presidido la misma, que puede conllevar riesgo para la salud y otros muchos inconvenientes para quienes las promueven.

1.11.2.4.1 Urgencias Extrahospitalarias

En principio, parece que contrariamente a lo que ha venido sucediendo en los últimos años las quejas encabezadas por plataformas vecinales o asociaciones ciudadanas en cuanto a los medios disponibles en una determinada área geográfica, predominantemente rural, se han sustituido por las que individualmente someten a nuestra consideración las circunstancias en las que se ha producido una determinada asistencia de esta modalidad, con predominio de las que protestan por la **demora en la llegada de los dispositivos móviles**.

Así, asuntos como: déficit de atención urgente de su mujer en Laroles (queja 18/1884); fallece su hijo por mala asistencia en urgencias de Níjar y demora en traslado al hospital (queja 18/5115); una hora para que su madre fuera atendida de urgencias (queja 17/4565); más de veinticinco minutos esperando a los servicios sanitarios de urgencia (queja 18/2831); demora en llegada de ambulancia que acude solo con el conductor (queja 18/2879); demora en la atención urgente de su hijo por quemadura en una mano (queja 17/6583); cuarenta y tres minutos tarda la ambulancia en atender demanda urgente de su abuelo (queja 18/2093); o demora en llegada de ambulancia para atender a su padre (queja 17/3077).

El análisis de estas situaciones y la valoración del respeto en estos casos del derecho a la protección de la salud de las personas afectadas se vuelve ciertamente difícil, pues partimos de la necesidad de conocer los medios con los que cuenta la localidad para atender la petición, y a veces nos vemos obligados a evaluar la corrección del triaje, y valorar las causas que han motivado la demora, que en muchas ocasiones obedece a la falta de disponibilidad de los medios referidos, que se encuentran activados para asistir otra demanda.

De ahí que el estudio conjunto de medios que en otras ocasiones se nos propone siga teniendo mucha relevancia, obligándonos prácticamente a realizar en estos casos una evaluación de políticas públicas, para la que no disponemos de medios adecuados, por muchos datos que requiramos en nuestras peticiones de información a los niveles de responsabilidad que correspondan.

Nuestra pretensión en estos casos pasa por cuantificar las situaciones más perentorias (demandas clasificadas con niveles de prioridad 1 y 2), y analizar los tiempos reales de respuesta en las mismas, para detectar en qué medida se ajustan o se separan de las cronas teóricas establecidas.

En el **Informe Anual** del año pasado comentamos las exigencias de evaluación de medios que la propia Administración sanitaria se había impuesto con ocasión del Plan de mejora de las urgencias, y planteamos la necesidad de que se completara, pero a este fin requeríamos que se establecieran nuevos parámetros que resultaran más favorables para la dotación de medios en las distintas localizaciones promoviendo la reducción de los tiempos de asistencia en los mayores niveles de prioridad de las demandas.

Hasta el momento, sin embargo, los supuestos que hemos analizado no nos permiten concluir ningún cambio, no ya en cuanto a los parámetros aludidos, sino en la dotación de medios personales o materiales cuyo incremento debería verse favorecido por la modificación de aquellos.

Así, de las quejas colectivas que se plantearon en el ejercicio de 2017 durante el año pasado hemos concluido las relativas a la demanda de un punto de atención urgente en Churriana (queja 17/836) y en Peñaflores (queja 17/3077). En esta última hemos llegado a formular **Resolución** que incluye recomendaciones para que una vez se cuente con los datos de la auditoría anunciada sobre **tiempos de respuesta**, se comparen los mismos con los objetivos fijados en el plan de mejora de las urgencias en atención primaria para la atención de las demandas calificadas con niveles de prioridad 1 y 2, valorándose una revisión de los medios en caso de que aquellos no se respeten. Igualmente proponemos que se valore el **desplazamiento de un pediatra al consultorio** de Peñaflores en una determinada

franja horaria, de manera que a la actividad de control del niño sano y vacunación se le añada la de consultas programadas. Y en último término solicitamos **que se fijen protocolos** para establecer con antelación los procedimientos quirúrgicos que, en caso de hacerse necesarios a resultas de una demanda de atención urgente, se van a practicar en el hospital al que se desplaza inicialmente al paciente (Reina Sofía), diferenciándolos de aquellos que, puedan ser programados, si el tiempo lo permite, y por tanto van a determinar su atención en el hospital de referencia (Virgen Macarena).

Por el contrario, algunas de las otras reflejadas en el Informe del año pasado todavía continúan tramitándose, recepcionándose durante 2018 la relacionada con la atención urgente en la sierra de Huelva (queja 17/0849).

En este caso valoramos la denuncia que invocaba un déficit de medios para prestar **atención urgente en el área de la sierra de Aracena y Picos de Aroche** a la luz de las novedades que han supuesto por un lado contar con un equipo móvil más ubicado en Aracena, que se añade al que poco tiempo antes había empezado a funcionar en Aroche, y por otro el Plan de mejora de las urgencias extrahospitalarias y sus prescripciones.

La información transmitida nos ha llevado a pensar que el régimen de atención es similar al de otras zonas, con dos EM como primera opción para atender las demandas de mayor prioridad, y subsidiariamente los de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias (UCCU), aunque como estos son movilizables, atienden primero las urgencias de su área y trasladan al paciente hasta un punto intermedio para que sea recogido por el equipo móvil.

Nos quedaba no obstante la duda sobre si dicho régimen es similar durante el horario ordinario de los centros de salud y consultorios, a la vista de las alegaciones de la interesada sobre los desplazamientos de los médicos y abandono de su actividad cotidiana, y esta circunstancia nos ha llevado a emitir **Resolución** para que se evalúe el orden de prioridad establecido en el plan operativo del área para que en dicha franja horaria su intervención a estos efectos sea siempre subsidiaria de la del equipo móvil de cobertura.

1.11.2.4.2 Urgencias hospitalarias

Por lo que hace al servicio de urgencias del hospital de Riotinto, tras la comunicación realizada por el personal del mismo a los ayuntamientos de las localidades afectadas, y que nos remitió en concreto el de Cumbres de San Bartolomé (queja 17/3688), se planteó fundamentalmente la **obsolescencia de la estructura física del área, y de diverso equipamiento, la progresiva pérdida de efectivos facultativos, y la dificultad de algunas especialidades para asumir pacientes** que les corresponden.

En el Informe del año pasado ya dimos cuenta de la recepción de los datos solicitados quedando pendiente de valorar su contenido. Así por lo que hace al primer punto se reconocía este aspecto en la evaluación reciente del plan andaluz de urgencias, apuntando la realización de algunas obras menores en espacios asistenciales y el área de admisión, compensándose esta situación con la baja presión asistencial que tiene el servicio.

En lo que respecta a la plantilla se nos decía que ninguno de los facultativos reside cerca del centro y que por este motivo existe una importante resistencia al establecimiento del turno diurno, afirmando que a pesar de que el proceso de interinización ha determinado la marcha del 40% de estos profesionales a otros centros más cercanos a su domicilio, en la actualidad la plantilla está al completo.

En cuanto a la organización funcional se informa de que se ha implantado el sistema español de triaje, se han establecido criterios consensuados de ingreso con las especialidades fundamentales, lo que permite al médico de urgencias ingresar directamente a los pacientes en el área de hospitalización, y se han reorganizado servicios para dar altas tempranas y permitir así el ingreso liberando camas en urgencias.

También se aludía a la adecuación de los tiempos de respuesta del laboratorio y las pruebas radiológicas para disminuir los tiempos de respuesta.

En definitiva, el informe señala las actuaciones que se han desarrollado para dar cumplimiento a la evaluación prevista en el plan de mejora de las urgencias hospitalarias, que habrán de ser objeto de seguimiento por el mismo,

de manera que, a nuestro modo de ver, será preciso que pase un tiempo prudencial para poder sacar conclusiones respecto de la incidencia de las medidas adoptadas en la mejora de los déficits puestos de manifiesto en la queja.

La **queja 13/5628** iniciada de oficio a raíz del fallecimiento de un joven sin hogar en el albergue municipal de Sevilla, tras haber sido llevado al servicio de urgencias de un centro de la capital, determinó hace algunos años nuestra participación, mediante la aportación de las alegaciones oportunas, al documento dirigido a actualizar el procedimiento marco de atención a personas en situación de riesgo social en las UGC de Cuidados Críticos y Urgencias.

Recordamos que entre los beneficiarios de dicho procedimiento se encontraban determinados colectivos (mayores o discapacitados) que acudían solos a demandar atención de los servicios de urgencia hospitalarios.

Llamamos la atención sobre este aspecto porque la **falta de acompañamiento en la comparecencia de dos pacientes en servicios de urgencias de hospitales andaluces**, ha sido determinante a la hora de que su situación pasara inadvertida para los profesionales de la unidad, que no pudieron impedir el fallecimiento en ninguno de los casos.

Sobre uno de ellos ya procedimos a la incoación de expediente de oficio a finales del año pasado y de hecho dimos cuenta de dicha apertura en este mismo apartado del Informe Anual correspondiente a 2017 (**queja 17/6790**).

En concreto, en el mismo se sustanciaba la causa de la desasistencia de la que fue objeto una anciana que había sido trasladada en ambulancia desde un centro de mayores, permaneciendo más de doce horas en sus dependencias hasta que se advirtió su presencia y se comprobó su fallecimiento, ya de madrugada.

Por otra parte, en la **queja 18/0345**, que iniciamos de oficio, se contemplaba la situación de un paciente que acudió por su propio pie, pero que igualmente no respondió a sucesivos llamamientos a consulta porque durante su estancia en la sala de espera había sufrido un ictus, de manera que cuando al final se descubrió su ubicación y se advirtió su estado poco se pudo hacer en su beneficio.

La relevancia mediática de lo sucedido, y pensamos que la propia conciencia sobre el vacío existente en algunos de estos casos, o la falta de uniformidad de las actuaciones previstas en los mismos ha llevado a la intervención de la Administración sanitaria que ha fabricado diversos protocolos con la triple finalidad de: priorizar y controlar la espera de los pacientes durante todo el proceso de atención, minimizando los riesgos y asegurando la calidad de la atención en las salas de espera; identificar de forma inequívoca a todo/a usuario/a en situaciones de especial riesgo y vulnerabilidad, considerando como tales (entre otros) a los pacientes solos, y establecer una sistemática de actuación uniforme para los profesionales que proporcione los mecanismos de seguridad y comunicación adecuados en caso de ausencia de respuesta ante la llamada de un paciente para su atención sanitaria.

A la vista de que nuestra actuación en todo caso habría de dirigirse a la formulación de Recomendaciones y Sugerencias con esta misma finalidad, considerando que las propuestas que habrían de incorporarse ya se han adoptado, pensamos que lo que nos concierne es el seguimiento y vigilancia estrecha de su puesta en práctica.

Por su parte, un **protocolo de aislamiento para la atención en urgencias de los pacientes recién trasplantados** es lo que pide el promotor de la queja 18/4261, reiterando otras solicitudes similares previamente recibidas (queja 16/5138), sin que hasta la fecha nos quede claro la necesidad de espacios independientes en estos servicios para los mismos, al margen de las medidas tendentes a agilizar en lo posible su paso por aquellos.

1.11.2.5 Tiempos de respuesta asistenciales

La importancia cuantitativa y cualitativa de la demanda sobre los tiempos de respuesta que implican la realización de distintas actuaciones sanitarias nos lleva tradicionalmente a analizarla de una manera autónoma en el seno de nuestros Informes Anuales al Parlamento.

No deja de ser un asunto con gran relevancia para la población, puesto que el tiempo invertido en dichas actuaciones es uno de los principales indicadores de eficacia/ineficacia administrativa, teniendo en cuenta que muchas patologías no admiten demora, y que la espera para el diagnóstico o el tratamiento de otras genera ansiedad y malestar, cuando no directamente dolor y sufrimiento por no recibir alivio de la sintomatología que llevan aparejadas, o por prolongar la incapacidad para el trabajo y en general para llevar una vida normalizada.

Por nuestra parte, y más allá del número de personas que permanecen a la espera de las distintas actuaciones, tendemos a centrarnos en la **evaluación de los tiempos medios de respuesta** de las mismas, y el número de **pacientes que no han sido sometidos a aquellas en el plazo de garantía establecido**.

Por lo que hace a las **intervenciones quirúrgicas**, que siempre es el asunto más llamativo, apreciamos que el tiempo medio de respuesta de los pacientes que conservan la garantía se sitúa en 73 días, lo que representa siete días más que el que se registró en 2017 (66). En segundo lugar la evolución de los pacientes que han superado el plazo de 180 días de espera en los ejercicios referidos es la siguiente: 2621 y 4023.

Si nos fijamos en los números que revelan los tiempos de espera para las **primeras consultas de especialidades** vemos que el plazo que consideramos también ha crecido, pero es el que ha experimentado un menor aumento, un día (de 52 en 2017 a 53 en 2018), y el número de pacientes que esperan más allá del tiempo de garantía aumenta en torno a los 2500. Sigue destacando Granada como la provincia que presenta el tiempo medio de respuesta más dilatado (68 días), y por especialidades ocupan el podio la habitual de traumatología (67 días de tiempo medio de respuesta global), seguida de dermatología (59 días) y oftalmología (51 días).

En último término es en las **pruebas diagnósticas** donde la demora se ha incrementado más, pues el tiempo medio de respuesta asciende desde los 34 días a los 43, excediéndose una buena parte de las pruebas habituales de la garantía de 30 días (endoscopia oral: 38, colonoscopia: 40, TAC: 43, ultrasonografía: 63 y radiología simple: 42).

Somos conscientes de que esta consideración exclusiva del incremento de los tiempos implica un análisis muy simplista, pero ante el reconocido incumplimiento de la garantía en los casos reseñados, lo que nos llama la atención es la nula invocación del mismo por parte de los afectados para hacer uso del beneficio que esta circunstancia lleva aparejada. Por parte de la Administración sanitaria quiere verse en este comportamiento una prueba de confianza en el buen hacer de los servicios sanitarios públicos, aunque desde esta Institución, sin dudar de esta premisa, también pensamos que sigue existiendo un desconocimiento generalizado de lo que la opción por recibir la asistencia en el ámbito sanitario privado representa, y de la manera de ejercitar la misma. No nos cansamos por ello de **reclamar que se informe a los interesados en este sentido cuando haya transcurrido el plazo**, sin que hasta el momento nuestra recomendación haya tenido mucha acogida, más allá que el anuncio de la mera consideración en el ámbito quirúrgico por parte de algún centro hospitalario.

En todo caso, durante el año pasado se ha seguido la tónica de estos últimos ejercicios de manera que las quejas relativas a los tiempos de respuesta asistencial representan exactamente la cuarta parte de todas las recibidas, y se reparten en las consabidas vertientes de primeras consultas de asistencia especializada, procedimientos diagnósticos, otras consultas de especialistas e intervenciones quirúrgicas, según un orden numérico creciente.

Si nos atenemos a dicha secuencia y comenzamos con la demora en las citas de primeras consultas de especialidades, quizás lo más significativo de nuestra actividad consista en el estudio de la afectación del plazo de garantía por el ejercicio del derecho de libre elección.

Así, durante el pasado ejercicio elaboramos sendas resoluciones en la **queja 16/5948** y la **queja 17/3319**, en las cuales terminamos recomendando que se promoviera la aplicación de la garantía de respuesta a las primeras consultas de especialidades solicitadas mediando el ejercicio del **derecho de libre elección de especialista**, salvo que realmente el volumen de demanda evidenciara su imposibilidad, en cuyo caso pedíamos que se adoptaran las medidas precisas para posibilitar la adjudicación de las citas dentro de un plazo que se pueda entender razonable.

Y es que, ciertamente, el art. 6 del Decreto 96/2004 establece que la garantía de plazo de respuesta queda sin efecto cuando el paciente, en el ámbito de las actuaciones previstas en el Decreto 128/1997, de 6 de mayo, por el que se regula la libre elección de médico especialista y de hospital en el sistema sanitario público, elija un facultativo especialista o un centro asistencial para los que la demora existente impida garantizar un tiempo máximo de respuesta. A tenor de lo expuesto por tanto la exclusión de la garantía no sería automática, sino que exigiría la previa demostración de que la demora que impera en el centro elegido la impide, aparte de que de otro modo se vendría a lastrar el derecho de libre elección pudiendo llegarse incluso a su anulación.

Por lo que hace a la demora para la práctica de pruebas diagnósticas hemos recibido diecisiete nuevas quejas las cuales inciden en procedimientos diversos, algunos más habituales en su prescripción, y otros que no lo son tanto (electromiograma, encefalograma con privación de sueño, ...).

En el informe del año pasado ya comentamos la justificación a veces esgrimida en relación con la superación del plazo que sitúa la práctica de la prueba en fechas próximas a la cita de revisión del paciente con vistas a que el resultado se presente actualizado a la hora de su valoración por el especialista. Con todo, hemos intentado **diferenciar las auténticas citas de revisión**, programadas para evaluar el estado del paciente transcurrido un tiempo, probablemente tras la aplicación de un determinado tratamiento, en las que dicho razonamiento tendría sentido, **de aquellas otras que aparecen destinadas a** considerar los resultados de las pruebas, comunicar el resultado al paciente y **complementar el diagnóstico, en las que la demora en la práctica de las pruebas no obedece más que a la imposibilidad de la fijación de estas últimas con más premura**. En todo caso, dado que la normativa no distingue a la hora de establecer el plazo de garantía pensamos que valdría la pena plantearse una modificación de aquella que tuviera en cuenta el aspecto comentado.

A veces, también detectamos **desconocimiento de los propios centros en cuanto a la naturaleza de la garantía y los derechos que otorga**. Sin ir más lejos en la queja 17/0655 la interesada protestaba por la demora de tres años en ser sometida a una arteriografía cerebral que le recomendó el neurólogo.

El informe del hospital afirmaba que la lista de espera es ineludible por el elevado número de pacientes en situación similar, y que los recursos del centro deben distribuirse de acuerdo a la gravedad y antigüedad del caso, máximo cuando se trata de patologías no incluidas dentro de la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el sistema sanitario público establecida en el Decreto 209/2001, por lo que la disponibilidad de quirófanos está regulada por las necesidades de procedimientos quirúrgicos urgentes, preferentes, oncológicos y situaciones clínicas no demorables.

En la **Resolución** emitida en el caso nos vimos en la necesidad de recordarle que el procedimiento en cuestión no se contempla entre los que se incluyen en el anexo I del Decreto 209/2001, como sujeto a la garantía de plazo de respuesta quirúrgica, pero quizá es porque no se considera procedimiento quirúrgico como tal, de manera que aunque se practique en un quirófano, su conceptualización es la de procedimiento diagnóstico, y así aparece recogido en el anexo II del Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En este sentido, en el listado que conforma dicho anexo, que relaciona las pruebas diagnósticas que deben ser practicadas en un plazo de treinta días a contar desde la inscripción de la solicitud en el registro, se incluye la arteriografía utilizando medios de contraste, y más específicamente la arteriografía de arterias cerebrales.

En otro orden de cosas, la **demora en las citas para las consultas que denominamos de revisión** genera una importante casuística de quejas, pues con dicha nomenclatura englobamos todas aquellas consultas de especialistas que no se conceptúan como primera consulta. En este sentido nos referimos a las que se convocan para la comunicación de los resultados de las pruebas, las que implican o son paso previo para el acceso a tratamientos, las de revisión propiamente dichas tal y como más arriba hemos explicado, las interconsultas con otras especialidades en el marco de un proceso asistencial, o las que proceden con unidades destacadas con un objeto específico dentro de la misma especialidad.

Entre estas últimas, son ya clásicas las esperas para las distintas unidades constituidas en el ámbito de las especialidades de traumatología (columna, miembro superior, pie,... y fundamentalmente rodilla) y oftalmología (párpado, córnea, cataratas,...), e igualmente conocida nuestra opinión sobre la repercusión que las elevadas demoras que presiden la citación para las mismas ocasiona en la dilación del proceso de diagnóstico, por lo que aún reconociendo el efecto positivo que conlleva el señalamiento de plazos de garantía, su incidencia puede diluirse en los plazos que presiden otras muchas actuaciones que no gozan de dicha cobertura.

De todas maneras, por lo que hace a algunas de estas unidades especializadas hemos empezado a interesarnos por datos que nos permitan inferir la forma de organización de las consultas, y el tiempo dedicado a las mismas, como medios de referencia para valorar el déficit de ajuste entre la demanda y la oferta.

Por lo demás, en la aplicación de registro de quejas de esta Institución hemos contabilizado 63 quejas que incorporan disconformidad con los plazos que presiden la práctica de una amplia gama de intervenciones quirúrgicas.

En primer lugar, interesa destacar las que se vinculan a **procesos oncológicos**, que están llamadas a priorizarse por encima de otros procedimientos quirúrgicos, y que incluso en ocasiones no llegan a tramitarse precisamente porque al poco tiempo de la comparecencia ante esta Institución y sin plazo para requerir la emisión de informe, acaece la práctica de la operación en el centro correspondiente, terminando con la lógica preocupación de los pacientes y sus familiares.

En otras ocasiones, sin embargo, nos vemos obligados a intervenir (queja 16/6737) porque tras el diagnóstico van pasando los meses sin recibir la llamada ansiada. Aunque a estos efectos se esgrima por ejemplo que el cáncer de próstata es de los que mejor evolución tiene en el ámbito de la urología, y que la técnica prevista para la intervención es muy puntera y minimiza los efectos secundarios de la cirugía, y a pesar de que desde una perspectiva técnica no tengamos capacidad para determinar si el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la intervención tiene alguna repercusión negativa en la evolución de la enfermedad, ello no nos impide razonablemente apreciar que el mismo es excesivo, y en todo caso que incumple el compromiso reflejado en el Plan Integral de Oncología de Andalucía según el cual los tratamientos de cirugía y radioterapia no se demorarán más de cuatro semanas desde la toma de la decisión.

De ahí que en la **Resolución** emitida en el caso no solo recomendáramos la adopción de las medidas oportunas para la satisfacción de dicho compromiso, sino también la promoción de la **humanización de la asistencia a los pacientes oncológicos**, tomando conciencia de su posición de vulnerabilidad y el sufrimiento psicológico añadido que les puede causar la demora en las distintas actuaciones sanitarias, fomentando la comunicación médico-paciente de forma ininterrumpida, especialmente en el período en el que aquellos permanecen a la espera de intervención.

Como siempre en el cómputo global se mezclan las quejas relativas a intervenciones que están cubiertas por garantía de plazo y las que no, recibiendo lógicamente por nuestra parte un tratamiento diferente.

Entre las primeras, en el Informe Anual de 2017 dimos cuenta de la conclusión definitiva de las actuaciones en la **queja 16/0714**, iniciada de oficio sobre lista de espera de **reconstrucción mamaria**, por considerar aceptados los términos de nuestra **Resolución**, sobre todo una vez que se promulgó la Orden de 28 de octubre de 2016, emplazándonos a partir de ese momento al análisis de los tiempos invertidos en cada caso concreto.

Desde entonces no han cesado de acudir a esta Institución mujeres que han sido sometidas a operaciones de mastectomía por causa de cáncer de mama, reclamando la agilización de los plazos para la reconstrucción que definitivamente implique la restauración de su imagen corporal.

Durante 2018 contabilizamos varias de estas reclamaciones, y contactamos directamente con algunas de las afectadas, pero la centralización de los casos en unos pocos hospitales, y la diversidad de situaciones planteadas, pues en algunas ocasiones había cobertura de la garantía de plazo y en otras no, nos impiden por el momento realizar un pronunciamiento genérico respecto de la satisfacción de aquella.

No siendo estas las únicas operaciones con garantía que han motivado nuestra intervención, lo cierto es que en el ejercicio pasado la producción de resoluciones recayó especialmente en quejas relacionadas con **procedimientos quirúrgicos que no gozan de mecanismo de garantía**. Algunas de estos acumulaban varios años de demora en la práctica de intervenciones prescritas a personas menores de edad, concretamente una se vinculaba a un padecimiento de hipospadias en un niño de cinco años (**queja 16/6990**) y otra a un defecto craneal en otro de doce (**queja 16/1195**).

En otro caso, la espera se refería a una intervención por deformidad dentofacial (queja 17/1647), y algunos otros a la consabida **cirugía bariátrica**. Por lo que hace a esta última, por medio de la **queja 18/6003**, iniciada de oficio, hemos canalizado nuestro objetivo de investigación en relación con uno de los procedimientos quirúrgicos que más demora acarrea, a la vista de la experiencia que atesoramos en cuanto a las dificultades que jalonan el acceso a los mismos en nuestro sistema sanitario público: período de tiempo considerable en el que se suceden las evaluaciones por distintos especialistas, incluidos los de salud mental; exigencia de una pérdida de peso objetivable con carácter previo a la cirugía, falta de uniformidad de criterios en los centros, comisiones que a veces deciden sobre la indicación quirúrgica y determinan las circunstancias que van a marcar el orden de prioridad a la hora de su práctica, escasa programación de quirófanos y afectación de la salud física y mental de los pacientes.

El informe de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS se ha recibido muy recientemente por lo que aún no hemos tenido ocasión de valorarlo, de forma que pondremos de manifiesto el contenido de nuestra actuaciones en el Informe Anual próximo.

1.11.2.6 Praxis médica

Las denuncias de **mala praxis** asistencial son parte habitual de este Informe Anual. Nuestra intervención no pretende ofrecer un pronunciamiento sobre si la actuación sanitaria ha tenido lugar conforme a la lex artis, -dado que no contamos con medios para hacer dicha comprobación-, sino que se dirigen a indagar sobre las diversas actuaciones del proceso asistencial, para al menos comprobar si se han producido déficits funcionales o de procedimiento. Por esta razón, explicamos con claridad a quienes nos trasladan denuncias de mala praxis, el alcance y la finalidad con que admitimos la queja a trámite.

Todo lo más, a veces, cuando de la comparación con los protocolos asistenciales o las guías de práctica clínica podemos intuir que no se han respetado los mismos, -al menos en cuanto a las actuaciones que necesariamente deben practicarse o los tiempos invertidos-, se suscita una duda respecto a lo ocurrido que puede llevarnos a reclamar de la Administración sanitaria que se inicie de oficio el procedimiento de **responsabilidad patrimonial**.

La problemática en torno a la tramitación de estos expedientes en el seno de la Administración sanitaria constituye el otro aspecto destacable dentro de este apartado, que nos ha llevado a analizar los elementos que vienen obstaculizando su resolución, no ya en el plazo normativamente establecido, sino dentro de uno que se pueda considerar razonable.

En este orden de cosas, dos son las causas que hemos detectado como esencialmente dilatorias, la habitual escasez de medios para llevar a cabo el dictamen técnico facultativo, y más recientemente la elevada demora que preside la remisión al servicio de aseguramiento y riesgos, encargado de la tramitación, de la historia clínica y demás informes y documentación necesaria.

En los informes de respuesta a nuestras resoluciones, la Administración sanitaria nos hace ver que es consciente de las demoras que se producen en la resolución de estos expedientes, en la medida en que anualmente se concluyen menos reclamaciones que las que se formulan en el mismo período, erigiendo en causa fundamental de dicha dilación la insuficiente dotación de recursos que cuenta el servicio de aseguramiento y riesgos, específicamente en lo relativo al número de profesionales médicos.

En concreto se nos dice que de doce se ha pasado a diez, y que se ha realizado una convocatoria para cubrir las vacantes, a la par que se señala que la disponibilidad presupuestaria actual no permite incrementar los recursos.

No obstante, últimamente al menos se nos viene indicando que se han puesto en marcha nuevas actuaciones, con el fin de agilizar el trabajo, al objeto de continuar disminuyendo los plazos de demora en la resolución de estos expedientes, las cuales incluyen:

- La revisión de expedientes que están pendientes de dictamen médico al objeto de decidir en cuáles de ellos puede emitirse un dictamen de conformidad, con el cual se mide la adecuación a lo reclamado del informe de la unidad de gestión clínica correspondiente, lo que ha permitido impulsar el procedimiento en muchos casos.
- Impartir formación a los responsables de los centros en esta materia para lograr que los informes de las unidades de gestión clínica implicadas cada vez respondan mejor a la reclamación presentada, permitiendo la emisión del documento de conformidad antes aludido.
- Incluir en los contratos programas de los centros objetivos vinculados a la resolución de los expedientes de responsabilidad patrimonial, fundamentalmente relacionados con el cumplimiento de los plazos de remisión de la documentación.

A tenor de lo expuesto, nos parece oportuno dejar pasar un tiempo prudencial para comprobar hasta qué punto las medidas anunciadas para reducir los tiempos de resolución están siendo efectivas.

1.11.2.7 Derechos de los usuarios

El ejercicio de los derechos que en la normativa vigente se reconocen a los usuarios de los servicios sanitarios públicos se somete anualmente a nuestra consideración.

Por ejemplo, la conclusión del **Informe Especial** sobre **derechos de las personas en el proceso de muerte**, del que ya ofrecíamos información en el Informe Anual de 2017 (**queja 17/1623**), aparte de llevarnos a elevar el grueso de nuestras consideraciones a la Consejería de Salud para que se pronuncie al respecto, se ha traducido en un mayor sometimiento de cuestiones relacionadas ante esta Institución, pensando por nuestra parte que este dato evidencia que hasta cierto punto las conclusiones de nuestro trabajo han calado en la ciudadanía en la medida en que aparece más concienciada sobre sus derechos o los de sus familiares en la etapa final de la vida.

Merece la pena aludir brevemente a las resoluciones que hemos emitido en este ámbito, las cuales teniendo dicho eje común, se centran en cuestiones diversas, expresivas de los distintos escenarios que pueden presentarse y de las múltiples circunstancias que pueden incidir en que la vivencia del proceso no se desarrolle conforme a lo que marca el criterio de la dignidad que venimos reclamando.

Así nos encontramos con la denuncia sobre falta de medios adecuados para atender y trasladar a una paciente oncológica terminal (**queja 16/6045**), que incorpora muy diversos aspectos motivadores del descontento de la familia de la paciente, algunos de los cuales no pueden merecer nuestro amparo, mientras que otros nos resultan injustificados, como lo relativo a la falta de utilización del reservorio subcutáneo.

Y es que la Administración sanitaria andaluza promueve un modelo de atención compartida entre los servicios convencionales (atención primaria y hospitales) y los servicios avanzados en materia de cuidados paliativos, motivándose la intervención de estos últimos en función de la complejidad del paciente, atendiendo a los criterios recogidos en un documento elaborado con esta finalidad (IDC-PAL).

Ahora bien, tanto si la hija de la interesada venía siendo asistida por un tipo de dispositivo u otro, lo cierto es que en los períodos de tiempo que exceden del horario ordinario de funcionamiento de la atención primaria o los equipos de soporte de cuidados paliativos, los dispositivos de atención urgente son los que garantizan la continuidad asistencial y deben poder ofrecer una atención similar a la que aquellos proporcionan.

Pensamos, por ello, que un dispositivo de urgencias extrahospitalarias debe poseer los medios necesarios, tanto en los equipos móviles, como en las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias (UCCU), para poder pinchar un reservorio subcutáneo, y que los profesionales que los integran deben estar capacitados para ello, pues aun aceptando que esta maniobra no resulte recomendable dentro de las ambulancias, siempre es posible llevarla a cabo en el domicilio del paciente, tal y como la practican los equipos avanzados de cuidados paliativos, o en las dependencias de urgencias del centro de salud.

Las **circunstancias en las que se desarrolló la atención sanitaria de una ciudadana en el proceso asistencial de cuidados paliativos** fueron las que determinaron nuestra intervención en la **queja 17/1798**. Y es que cuando llegaron sus últimos momentos y dado que no podían controlar el dolor en el domicilio, la familia se vio en la necesidad de llevarla al hospital, pero en vez de cumplirse las determinaciones que les habían indicado, a saber, que no la harían sufrir más, sino que la subirían a una habitación que tienen para estos pacientes y podrían permanecer con ella en todo momento; los hechos no se sucedieron así, sino que la paciente ingresó por urgencias, y en vez de subirla a la habitación la dejaron en observación, donde solo pudieron visitarla cada cierto tiempo.

Reflexionando en torno a lo sucedido a la luz de nuestras conclusiones en el **Informe Especial** aludido, no dudamos en recomendar al centro en cuestión **que se evite el retraso en el acceso a la prestación de cuidados paliativos**, aplicando con claridad los criterios que marcan la terminalidad; que se incrementen los apoyos (principalmente la formación) de los cuidadores de pacientes paliativos en el domicilio, que se evite el tránsito de los pacientes paliativos por los servicios de urgencia hospitalarios, y en caso de que no sea posible, se prevean itinerarios alternativos o medidas que propicien su rápida identificación; y que se difunda la utilización de la plataforma de telecontinuidad para favorecer la atención de los pacientes paliativos fuera del período de funcionamiento de los recursos convencionales y avanzados.

Por su parte, la **queja 17/2228** sobre **déficit de información a los familiares respecto del traslado de un paciente** al centro de origen, después de haber sido desplazado a otro hospital para la práctica de una determinada actuación que definitivamente no se llevó a cabo, nos permitió reflexionar sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en relación con pacientes no oncológicos, pues a la postre en este caso se practicó una derivación que resultó inútil a un paciente frágil por su situación de terminalidad, propiciando que falleciera solo, sin el acompañamiento de sus seres queridos.

La falta de disponibilidad de **habitaciones individuales para garantizar la intimidad** y el aludido **acompañamiento** es moneda común en muchos centros, y también se puso de manifiesto en el pasado ejercicio en la **queja 17/1717** en la que el interesado reclama por el fallecimiento de su padre sin que pudiera disfrutar de dicho entorno.

El reconocimiento específico del derecho a la intimidad en la Ley 2/2010, de 8 de abril, tiene connotaciones propias por las especiales circunstancias que reviste el proceso de muerte, entendido como situación terminal o de agonía, donde concurre una extrema vulnerabilidad del paciente, el estrés emocional del mismo y su núcleo familiar, la eventualidad de carecer de la posibilidad de expresarse por síntomas asociados a la enfermedad, la necesidad de intervenciones múltiples de índole diversa, la adaptación de las alternativas asistenciales a los propios valores, ...

A nuestro modo de ver este escenario implica que el paciente y su familia tenga un ámbito especial donde pueda desarrollarse la asistencia que precisa libre de injerencias de terceros, y vivir sus últimos momentos rodeado de los suyos, facilitando que puedan despedirse y manifestarse como deseen.

De ahí que nos viéramos obligados a recomendar al centro hospitalario que garantice el derecho de los enfermos terminales ingresados a disponer de habitación individual, y adopte medidas para que su satisfacción no se supedite al nivel de ocupación en función de la demanda estacional.

El fallecimiento en UCI también impide el acompañamiento familiar, tal y como se evidenció en la **queja 17/1558**, en la que tras el análisis de lo sucedido propusimos determinadas medidas que propugnan fundamentalmente la **revisión de la situación de las UCIs** de todos los centros del complejo hospitalario

en cuestión, a fin de diseñar espacios dentro de las mismas, allí donde no los hubiere, para garantizar el acompañamiento de los pacientes en situación de terminalidad por parte de sus familiares, fundamentalmente en el trance del fallecimiento.

Además, para el caso de que ello no fuera operativo, o mientras tanto se llevan a cabo las remodelaciones oportunas, se recomienda que se adopten directrices para anticipar la salida de la UCI de los pacientes cuyo fallecimiento se prevea próximo, siempre que su situación lo permita, al objeto de que sean trasladados a habitaciones individuales donde se garanticen sus derechos.

Por último, también le instamos para que se evaluaran los protocolos sobre información a pacientes y familiares introduciendo previsiones específicas sobre la manera de dar malas noticias, principalmente en los casos de fallecimiento, así como que se diseñaran actividades formativas para que los profesionales del centro incrementaran sus habilidades y capacitación en este aspecto.

A las intervenciones circunscritas a la salvaguarda de la dignidad en el proceso de muerte, durante el año pasado se suman otras muchas relacionadas con los derechos a la información (varias en su vertiente de falta de respuesta a las reclamaciones de los usuarios), libre elección, dignidad, y acceso al historial clínico.

El Informe del año pasado aludía a un expediente (**queja 16/4589**) vinculado al ejercicio de este último derecho que nos permitió advertir el incumplimiento de otro, como es el de la protección de los datos personales de una paciente, y en la misma línea durante 2018 la solicitud de otra usuaria (**queja 16/6436**) para que se retirara **información errónea en su historia clínica** nos ha hecho llegar a idéntica conclusión.

Acudió ante la preocupación que le suscitaba la confusión de los datos relacionados con su historia sanitaria, en la medida en que en dos ocasiones habían aparecido episodios que no forman parte de su itinerario asistencial, presumiéndose su pertenencia a la historia clínica de otro/a paciente, con el consiguiente riesgo para su salud por la atribución de diagnósticos que no eran reales, así como de tratamientos que no ha seguido, y por la aparente falta de corrección del error que motivara inicialmente esta situación, en la medida en que se repitió poco tiempo después.

Pues bien, del relato de la interesada y el contenido del informe administrativo deducimos que habían existido fallos reiterados en las medidas de seguridad aplicadas, resultando obvio que los mecanismos para la identificación y verificación de los usuarios no son tan fiables como deberían para que dicha actuación se desarrolle de una forma inequívoca, puesto que basta la mera similitud en los nombres de dos pacientes para que se produzca un error de este calibre.

Por ello no podíamos coincidir en cuanto a que lo ocurrido era una mera incidencia que se resuelve con su subsanación, sino que se había cometido una infracción grave de la normativa de protección de datos que nos llevaba a exigir una investigación detallada de lo sucedido con revisión de las medidas de seguridad, para poder detectar el origen de las vulneraciones que se habían puesto de manifiesto y establecer los mecanismos que realmente impidan que vuelvan a suceder.

1.11.2.8 Centros Sanitarios

El proceso de desfusión de los hospitales de Granada y la reversión de la propuesta de unificación de las áreas de pediatría de los hospitales de la ciudad en un solo centro, hizo innecesario el debate en torno a la falta de previsión de habitaciones individuales en el proyecto del nuevo hospital materno-infantil (queja 16/2125).

A pesar de ello seguimos considerando que la disponibilidad de habitaciones dobles en las áreas de pediatría no conculca directamente el Decreto 246/2005, teniendo en cuenta el tenor de este último, aunque es posible que dicha vulneración pueda llegar a producirse de facto en algunos casos. De ahí que pensemos que la declaración del incumplimiento alegado no pueda llevarse a cabo de una forma apriorística, sino que habría de efectuarse cuando así resultara en supuestos particulares por la concurrencia de las circunstancias alegadas (superación de las ratios habituales de ocupación por causa de picos epidémicos no previstos).

Por su parte, el manifestado descontento con la obligación de hacer frente al pago por el **visionado de la televisión en las habitaciones de los hospitales** del sistema sanitario público andaluz, llegó a motivar quejas por la negativa a permitir la conexión de un televisor propio (**queja 17/3799**), ante lo cual el centro en cuestión alegó que este tipo de solicitudes no permite garantizar la seguridad eléctrica del hospital y que se podían causar incidentes a las personas y las instalaciones, con afectación para el normal desarrollo de la asistencia.

De todas formas recientemente hemos asistido al anuncio realizado por las autoridades sanitarias relativo a la inminente gratuidad del servicio de televisión en las habitaciones de los hospitales andaluces, de manera que se anuncia una extensión progresiva de esta medida hasta completarla durante el primer semestre de este año.

Por lo que hace a las reclamaciones relacionadas con la paralización de las **infraestructuras sanitarias** que se habían planificado, o las solicitudes relativas a la edificación y puesta en funcionamiento de otras no comprometidas, con carácter general nos hemos interesado por conocer cuáles son las circunstancias que vienen motivando la demora de las primeras, o hasta que puntó se estima adecuada la propuesta de las segundas.

La crisis económica postergó indefinidamente muchos de estos proyectos, aunque en el **informe del año pasado** quisimos ver reflejados los signos de la recuperación con el reinicio de las obras e incluso la finalización de algunos dispositivos. Muchas de ellas sin embargo sufren los problemas de financiación de las empresas adjudicatarias, que devienen la mayor parte de las veces en concurso de acreedores, lo que obliga a la resolución de los contratos con las mismas, no siempre de forma pacífica, y a la necesidad de reiniciar el procedimiento de licitación.

Este tipo de factores viene condicionando por ejemplo las obras del Chare de Aracena (queja 17/2558) así como las del antiguo hospital militar de Sevilla (queja 17/6192), mientras que en otros supuestos, como el hospital de Vejer de la Frontera (queja 18/3585 y queja 17/4808) la realización de instalaciones que penden de otras autoridades públicas (depuradora y accesos) es la que está impidiendo la apertura.

Por último, la tramitación de estas reivindicaciones a veces solo sirve para recibir la confirmación administrativa del propósito de llevar a cabo la obra, aun cuando no pueda aportarse siquiera una fecha aproximada para comenzarla, dejando su efectiva materialización a la incierta circunstancia de una futura disponibilidad presupuestaria, como es el caso del hospital de la Alpujarra (queja 17/5867).

El mal estado de las instalaciones, las deficientes condiciones de limpieza, el anuncio de cierre de determinadas unidades, la mala calidad de la comida, los problemas con la climatización,... son otras de las cuestiones relativas a los centros que también se sujetan a nuestra consideración.

1.11.2.9 Farmacia

La actividad desarrollada en el ámbito de la prestación farmacéutica durante 2018 trae causa de un conjunto variopinto de quejas, que prácticamente incluye la mayoría de las reclamaciones que se vienen sucediendo en este ámbito.

Lejos quedan las solicitudes colectivas de medicamentos novedosos, como por ejemplo la que se registró en relación a los que se anunciaban para el tratamiento de la hepatitis, lo que no impide que el acceso a fármacos innovadores y la problemática que conlleva siga determinando el recurso a esta Institución de quienes, afectados por determinadas enfermedades, han tenido conocimiento de aquellos a través de sus especialistas de referencia, o bien por medios de comunicación, redes sociales, asociaciones de pacientes, etc., constituyendo los mismos en muchos casos las únicas o últimas alternativas plausibles.

De ahí que tengamos que hablar de desabastecimiento de marcas de las farmacias, desacuerdo con la sustitución de medicamentos por parte del médico de atención primaria, rechazo a los equivalentes farmacéuticos genéricos, o petición de tratamientos no incluidos en la prestación farmacéutica del sistema.

En materia de efectos y accesorios nos encontramos con la protesta por la suspensión del suministro de contenedores para jeringuillas y agujas de insulina, la solicitud de financiación pública de mascarillas para administrar a los niños medicamentos inhalados, e idéntica pretensión respecto de los sistemas de control de glucosa mediante sensores.

Por lo que hace a este último caso, la reivindicación de un ciudadano que venía sufragando el coste del mecanismo de medición de glucosa que había sido recomendado a su hija de cinco años (queja 17/6752) afectada de diabetes tipo 1, inició la tramitación de un expediente que coincidió en el tiempo con la inclusión de los sistemas de monitorización de la glucosa en Cartera de Servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, lo que se llevó a cabo a través de la Resolución de la Dirección Gerencia del SAS de 17.4.18, mediante la cual se han establecido los criterios para autorizarlos a los pacientes que se perfilan como destinatarios de los mismos.

Por lo demás, las vicisitudes relacionadas con el tipo de aportación farmacéutica y los criterios que determinan el acceso a la farmacia gratuita constituyen otro campo de interés de los ciudadanos que tiene reflejo en nuestra Institución y cuya solución continúa en parte marcada por el desacuerdo entre los ámbitos de autoridad estatal y autonómico respecto a la competencia para dirimir los conflictos en este punto.

No obstante, mencionadas otros años las propuestas realizadas para la modificación de los criterios, fundamentalmente económicos, que marcan los grupos de clasificación a efectos de copago, parece que en la actualidad existe una iniciativa firme del gobierno central para su eliminación a los colectivos de pensionistas más vulnerables (los que reciben una renta anual de 11 200 euros o que, en el caso de realizar la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, tengan una renta menor a 5635 euros consignada en la casilla de base liquidable general del ahorro de la declaración del IRPF), así como al parecer, a las personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo.

Con toda probabilidad el año que viene podremos comentar esta medida, si es que definitivamente se materializa.

1.11.2.10 Salud mental

La situación del derecho a la protección de la salud en relación con las personas que vienen afectadas por un problema de salud mental constituye un punto de referencia obligado de nuestra anual rendición de cuentas, pues no por conocida la problemática que revela las quejas que recibimos en este apartado, resulta menos preocupante, en tanto que evidencian el **alto índice de sufrimiento que esta enfermedad ocasiona a quienes la padecen y a su entorno familiar y social**.

Los planteamientos que nos llegan son muy diversos, y ponen de manifiesto muchas veces la impotencia de los familiares ante el deterioro progresivo de los enfermos cuya evolución no pueden modificar, a pesar de la búsqueda desesperada de ayuda, que aunque frecuentemente ofrecida en forma de tratamientos y recursos, no siempre es aceptada por quien está llamado a recibirla, en el libre ejercicio de su voluntad.

“Pedimos una evaluación de los programas de tratamiento asertivo comunitario”

El supuesto del **enfermo que no se trata y vive solo o enturbia la convivencia en el ámbito familiar** se da con frecuencia, y también reiteradamente se pide su acceso a un recurso en el que pueda ser tratado adecuadamente, que bien se pretende con un alcance y duración que ahora mismo no encuentra reflejo en el marco de los dispositivos existentes, o bien no se proporciona en el momento en que puede incidir favorablemente en su estado.

Las soluciones mágicas no existen, aunque por nuestra parte tratamos de profundizar en el desarrollo de dichos recursos, dado que otras cuestiones se antojan más complicadas (decisiones sobre diagnóstico y tratamiento), y en este orden de cosas decidimos iniciar de oficio la **queja 16/5473 sobre el tratamiento asertivo comunitario** en nuestra comunidad autónoma.

Pues bien, la respuesta recibida de la Administración sanitaria se encarga de adelantar con carácter previo que el proceso de implantación es desigual, de manera que hay unidades de gestión clínica que cuentan con equipos de diferente nivel de dedicación, pero también hay otras unidades que desarrollan programas de tratamiento asertivo comunitario aunque no cuenten con equipo específico, sin perjuicio de que determinadas características de este tipo de tratamientos son predicables de la atención que dibuja el proceso asistencial integrado de trastorno mental grave, atribuible en principio a los dispositivos sanitarios clásicos dentro de la ordenación de los recursos de salud mental.

El análisis de la información suministrada junto a las prescripciones del III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, conocido como PISMA (2016-2020), y el contenido del documento marco para el desarrollo de programas de tratamiento asertivo comunitario en Andalucía, nos llevó a alcanzar las siguientes conclusiones:

- Que pocas de las experiencias de programas asertivos comunitarios contemplados en el informe de la Administración pueden considerarse Tratamiento Asertivo Comunitario en sentido estricto.
- Que en muchas Unidades de Gestión Clínica de salud mental se refiere la práctica de actividades comunitarias que se asimilan a las del Tratamiento Asertivo Comunitario, pero por las razones antes reflejadas no puede estimarse que su existencia implique la de tal tratamiento propiamente dicho, sino que debe entenderse como cumplimiento de las medidas que se plantean en el marco del proceso asistencial integrado de Trastorno Mental Grave y que pueden concretarse en su plan individualizado de tratamiento para un paciente concreto.
- Equiparar dichas experiencias con los programas TAC que venimos comentando, equivale a diluir el concepto de estos últimos, y poner en cuestión su necesidad.
- Además, por mucho que se diga que el plan individualizado de tratamiento de Trastorno Mental Grave contemple acciones similares para la atención de pacientes en situaciones especiales, lo cierto es que a la hora de explicar las que se vienen llevando a cabo en aquellas localizaciones que no cuentan con equipos diferenciados, las mismas vienen a identificarse prácticamente con la realización de visitas domiciliarias.
- Que aun cuando la consecución de los objetivos señalados en el III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) haya que entenderlos referidos al final del período de vigencia de aquel (2020), lo cierto es que la dotación de todas las Unidades de Gestión Clínica de salud mental con programas basados en el modelo de tratamiento asertivo comunitario aún se presenta como un objetivo lejano.
- Las modalidades de funcionamiento también son muy dispares, y lejos de representar ajustes a las circunstancias concretas del ámbito en el que se desarrollan los programas, nos gana la impresión de que vienen fuertemente condicionadas por los recursos, de manera que la disponibilidad de estos últimos es lo que marca el modelo de asistencia y no al revés.
- Se registra una patente falta de iniciativa en determinadas áreas geográficas en pro de esta modalidad asistencial, que no puede dejar de generar una gran preocupación en términos de equidad.

A la vista de lo anterior llegamos a formular a la Coordinación autonómica de salud mental un conjunto de sugerencias, cuya aceptación aún estamos pendientes de evaluar:

- 1.- Que previa recopilación de la información necesaria sobre los programas de tratamiento asertivo comunitario que se están desarrollando en la actualidad en nuestro sistema sanitario público, se lleve a cabo una evaluación de su funcionamiento a fin de determinar los que constituyen las mejores prácticas, con el objeto de que sirvan de referencia para el perfeccionamiento de los otros, así como para su implementación en aquellas áreas donde se carece de ellos.
- 2.- Que se adopte una actitud proactiva en torno a la implantación del Tratamiento Asertivo Comunitario, para que la misma no dependa en exclusiva de la voluntad de las Unidades de Gestión Clínica de salud mental, y se agilice el camino para la consecución del objetivo de contar en todas ellas con dichos programas, tal y como se recoge en el III PISMA.

- 3.- Que, aun respetando la adaptación a las necesidades que marcan las circunstancias concretas de cada Unidades de Gestión Clínica, se promueva el ajuste de los programas de Tratamiento Asertivo Comunitario a las directrices que recoge el documento marco para el desarrollo de programas de tratamiento asertivo comunitario en Andalucía, de forma que adquieran un mínimo de homogeneidad, y siguiendo aquellas se aliente la constitución de equipos diferenciados con profesionales dedicados a tiempo completo.
- 4.- Que se adopten soluciones de urgencia en todas las Unidades de Gestión Clínica que no cuentan con esta modalidad asistencial en su cartera de servicios, para evitar perjuicios añadidos por falta de equidad en el acceso al tratamiento de un colectivo de pacientes ya de por sí vulnerable y desprotegido.

Inciendo también en el ámbito de los recursos, aunque en este caso se trata de los del programa residencial de la fundación pública andaluza para la integración social de personas con problemas de salud mental, Faisem, hemos continuado la tramitación de la queja 17/4113, motivada en la **retirada progresiva de plazas del programa de apoyo domiciliario**, en detrimento de la atención de muchos afectados por trastorno mental grave.

Promovida por un trabajador de dicho programa, se apunta la falta de acceso al mismo de pacientes que reúnen criterios para ello y que podrían beneficiarse de sus prestaciones, pues lo que se persigue es el incremento de la autonomía de personas que viven en sus propios domicilios, ofertándoles apoyo y supervisión, favoreciendo que puedan permanecer en los mismos.

Durante el año pasado recibimos los informes que habíamos solicitado tanto a Faisem como a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia, y ahora estamos a la espera de que el interesado alegue lo que estime conveniente conforme a los mismos, fundamentalmente en lo que se refiere a las ventajas comparativas que pudieran existir entre el programa domiciliario de Faisem y la ayuda a domicilio del sistema de dependencia, como paso previo para adoptar una resolución definitiva sobre este asunto.

1.11.3 Quejas de oficio, Colaboración de las Administraciones, y Resoluciones no aceptadas

1.11.3.1 Quejas de oficio

- **queja 18/2113**, referida al **Servicio de hemodinámica 24 horas** en la provincia de Huelva y dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud.
- **queja 18/6003**, sobre la **lista de espera de la obesidad mórbida**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud.
- **queja 18/6224**, sobre el **fallecimiento** de una vecina de Aracena (Huelva) tras esperar cuarenta y cinco minutos la ambulancia. Dirigida a la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias en Huelva y al Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva.
- **queja 18/0345**, referida a una persona que sufrió un **ictus** en el servicio de urgencias del hospital de Antequera, sin que nadie se percatara hasta cinco horas más tarde. Dirigida al Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga.
- **queja 18/3904**, sobre el transcurso de tres horas antes de que se limpiara a una paciente bañada en sangre, en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla. Dirigida a la Dirección Gerencia del Hospital Virgen Macarena de Sevilla.
- **queja 18/6479**, referida al fallecimiento de dos pacientes trasplantados con riñones infectados por el Virus de Herpes Simple (VHS) y dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud.