

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 recibimos 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 concedores 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.