

### 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.