

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.