

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.