



X.2.3 Atención especializada

Este nivel de atención sanitaria tampoco aparece exento de casuística en lo atinente a las cuestiones que se someten a nuestra consideración por parte de la ciudadanía, aunque por la habitualidad de sus planteamientos, merecen mención destacada las denuncias por mala praxis asistencial, y las relacionadas con las denominadas listas de espera.

2.3.1 Mala praxis asistencial

No por reiterativo resulta menos necesario explicar brevemente el alcance de nuestra intervención en las quejas que cuestionan la atención sanitaria desde la perspectiva de su ajuste a la *lex artis*, la cual viene conformada habitualmente por los protocolos asistenciales o las guías de práctica clínica, que resultan expresivas del modo de proceder en el diagnóstico y tratamiento de las distintas patologías. Los interesados en estos casos consideran que la asistencia sanitaria que han recibido (ellos mismos o sus familiares), no es la adecuada, de forma que imputan directamente a la misma el daño o lesión que se les ha generado.

Es nuestro interés favorecer al máximo el esclarecimiento de estas situaciones, y por ello, tratamos de que nuestra intervención permita incrementar la información de los afectados acerca de lo sucedido, intentando igualmente detectar disfuncionalidades, normalmente en los procedimientos o los tiempos de actuación, que puedan ser objeto de nuestras Recomendaciones o Sugerencias para su subsanación.



**“
La experiencia
acumulada
por nuestras
intervenciones
en esta
materia nos
ha permitido
conocer
las causas
generadoras
del retraso en
la resolución
y recomendar
diversas
medidas
tendientes a
conseguir que
aquella se
emita dentro
del plazo
establecido.**

En ocasiones sin embargo, la cuestión que se dilucida es de naturaleza estrictamente técnica, no pudiéndonos pronunciar sobre estos aspectos al carecer de medios para llevar a cabo el juicio de valor sobre el ajuste de la práctica asistencial a la lex artis, lo que no nos impide informar a los afectados sobre los procedimientos que tienen a su alcance para tratar de hacer valer sus pretensiones en esta materia.

Algunas de las quejas formuladas el pasado ejercicio en este ámbito únicamente incorporaban solicitudes de asesoramiento sobre la manera de actuar en estos casos, mientras que en otras se requería un dictamen cuasipericial que, por las razones ya señaladas, no podemos emitir. Y es que aunque la comparación de los hechos con las pautas fijadas en los protocolos posibiliten afirmaciones sobre el incumplimiento de estos últimos, en ningún caso llegamos a determinar la existencia de una relación de causalidad con la lesión producida, por lo que las dudas que esta circunstancia nos genera nos lleva todo lo más a recomendar a la Administración Sanitaria que inicie de oficio el procedimiento de responsabilidad patrimonial.

La demora que acarrea normalmente la tramitación de este tipo de expedientes administrativos representa la otra cara de la moneda de este asunto, y también se suscita con asiduidad ante esta Institución. En concreto, durante el año 2014 contabilizamos doce quejas de este tipo.

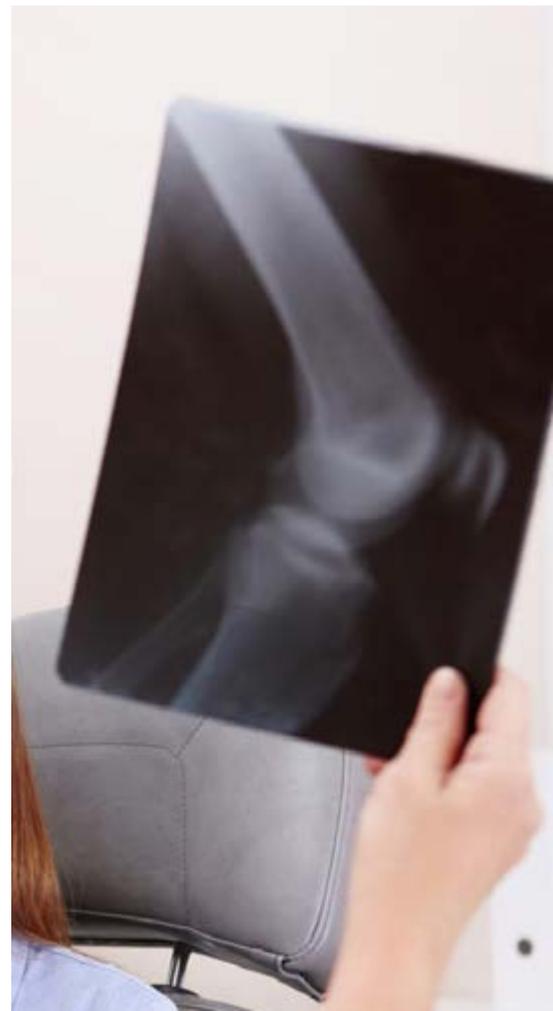
La experiencia acumulada por nuestras intervenciones en esta materia nos ha permitido conocer las causas generadoras



del retraso en la resolución y recomendar diversas medidas tendentes a conseguir que aquella se emita dentro del plazo establecido reglamentariamente.

Junto a la emisión del informe técnico-facultativo, que constituye un demostrado cuello de botella de estos procedimientos, la demora a la hora de remitir los informes clínicos y demás documentos que integran el expediente, desde los centros asistenciales donde tuviera lugar la asistencia discutida hasta el servicio administrativo encargado de la tramitación, también colabora necesariamente en dilatar el tiempo que se hace preciso para su finalización.

Esta circunstancia se puso de manifiesto en la [queja 13/5691](#), y aunque la Administración Sanitaria nos dio cuenta de su compromiso de actuación *“en aquellos puntos en los que se está generando una demora significativa en la remisión de informes”*, intentamos minimizar el efecto de la demora provocada por este motivo sugiriendo a aquella la emisión de instrucciones destinadas a ordenar la priorización de la emisión del dictamen técnico-facultativo en estos casos.





2.3.2 Listas de espera

En el Informe Anual del año 2013 valoramos en este apartado la respuesta administrativa emitida en la [queja 12/7198](#), que se inició de oficio para investigar la relación que pudiera existir entre la situación de crisis económica, y un eventual incremento de los tiempos de respuesta de las distintas actuaciones asistenciales.



Constatamos una reducción progresiva del tiempo de demora quirúrgica ... aunque la ciudadanía es ajena a la prerrogativa que la superación del plazo le otorga.

Aunque constatamos una reducción progresiva del tiempo medio de demora quirúrgica, trajimos a colación algunos datos, que entendíamos dignos de ser tenidos en cuenta para ajustar la perspectiva.

Pues bien, a la vista de la información que aparece publicada en la página web del Servicio Andaluz de Salud, dicha tendencia se rompe en el año 2013, en el que la demora media para las intervenciones con plazo de 180 días se sitúa en 59 días (frente a los 54 registrados en junio de 2012), y para las que tienen plazo de 120 días se fija en 48 (frente a los 45 de 2012). Los últimos números revelados se corresponden con el mes de junio de 2014, y ofrecen ratios de 57 y 47 días respectivamente.

Sin considerar este vaivén muy significativo, teniendo en cuenta la horquilla en la que se mueven las cifras a las que aludimos, sí resultan de interés otras cifras igualmente expuestas. En el informe administrativo recibido en la queja



reseñada, se nos decía que 358 pacientes habían superado el plazo de garantía de 180 días, pero que solamente uno de ellos la conservaba (192 pacientes superaron el plazo de garantía de 120 días, de los cuales la mantenían tres). En junio de 2013, 1.321 pacientes esperaron más de los plazos establecidos, pudiendo ejercer el derecho incorporado a la garantía 652. Pero es que en junio de 2014, de los 536 pacientes que esperaban más de 180 días para intervenir, solo 21 habían perdido la garantía, e idéntico número figuraba respecto de los 188 que lo hacían más de 120 días.

En definitiva, en junio del año pasado se contabilizaban 682 personas que podían ejercer su derecho a ser intervenidas en un centro sanitario privado, y algunas de ellas han acudido a esta Institución para poner de manifiesto su situación, y el incumplimiento de la garantía de tiempo máximo de espera que la misma entraña.

El escaso número de las quejas recibidas sin embargo, y el contenido de las mismas, nos lleva a considerar que la ciudadanía permanece bastante ajena a la prerrogativa que la superación del plazo le otorga, por lo que el no recurrir a la misma no creemos que se pueda interpretar exclusivamente como muestra de la confianza de los ciudadanos en los servicios sanitarios públicos.

Podemos entender que muchos de ellos continúen deseando ser operados en el ámbito del Sistema Sanitario Público, por parte de los profesionales que han seguido sus procesos, pero también somos conscientes de que la opción por un centro sanitario privado presenta dificultades en muchas localizaciones de nuestra geografía, y fundamentalmente pensamos que resulta muy difícil que los ciudadanos ejerciten derechos cuyo alcance y contenido pueden desconocer.

La Administración Sanitaria proclama la transparencia en relación con el ciudadano como principio fundamental de la gestión de las listas de espera, y en este sentido destaca la publicación de los datos en la página web, pero lo cierto es que en los casos



La Administración Sanitaria proclama la transparencia en relación con el ciudadano como principio fundamental de la gestión de las listas de espera.

Estimamos necesario traer a colación la actividad quirúrgica que no está sujeta a garantía de plazo. Consideramos que esta circunstancia no constituye justificación alguna para que las intervenciones se demoren por períodos de tiempo que se sitúan fuera de lo razonable.

que hemos analizado no hemos podido comprobar que se hayan adoptado otras de las medidas previstas, entre las que significativamente figura la de comunicar al paciente que no ha sido intervenido en el plazo previsto en la normativa, que puede serlo en un centro sanitario privado, y que el Sistema Sanitario Público correrá con los gastos.

Es por eso que en nuestra opinión la comunicación al paciente del transcurso del plazo de garantía con el señalamiento de la opción que entraña dicha situación, debería materializarse en estos casos a la mayor brevedad, por lo que tras afirmar la vulneración legal que esta situación representa, a veces nos hemos visto en la necesidad de recomendar que se proceda en dicho modo ([queja 14/1116](#)).

Para completar el análisis de la demora quirúrgica, ya a la conclusión de la mencionada queja 12/7198, estimamos necesario traer a colación la actividad quirúrgica que no está sujeta a garantía de plazo, sobre la que expresamente llamábamos la atención porque a pesar de no venir referida a los procedimientos más habituales pensamos que no por ello deja de tener relevancia y resulta necesaria para el paciente.

Así durante el pasado ejercicio iniciamos de oficio la [queja 14/3235](#) para investigar tiempos de respuesta asistencial para estas intervenciones, sabiendo que las prescripciones para las mismas también se incluyen en el registro de demanda quirúrgica y que, por lo tanto, los datos



que pudiéramos solicitar habrían de ser fácilmente extraídos, requiriendo información sobre los procedimientos más habituales y los tiempos medios de respuesta que conlleva su realización.

El informe que nos ha remitido la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS, nos ofrece información de las veinticinco intervenciones más frecuentes dentro de esta tipología y de los tiempos medios que presiden su práctica, los cuales solamente en seis supuestos resultan inferiores al que sirve de referencia para la garantía de plazo (180 días), oscilando en los demás entre cifras muy variables.

A este respecto, se nos explica que las intervenciones que se incluyen en esta categoría se vinculan en muchas ocasiones a patologías benignas o de escasa relevancia clínica, mientras que en otras se refieren a intervenciones estéticas, que se operan por las alternaciones funcionales que pueden llegar a ocasionar; algunos requieren ser realizados en varios tiempos, y otras conllevan alto riesgo y es difícil determinar el momento para llevarlas a cabo, o implican un elevado uso de quirófanos. Se nos dice sin embargo que en todo caso la prioridad la marca el facultativo y que a igual prioridad, el orden de intervención es el de la antigüedad en la lista de espera.

Sin llegar a hacer una valoración exhaustiva de la información que se nos ha proporcionado en este expediente, y aún coincidiendo con la falta de gravedad de algunas patologías, consideramos que esta circunstancia no constituye justificación alguna para que las intervenciones se demoren por períodos de tiempo que se sitúan fuera de lo razonable. A este respecto señalar que en el año 2014, 4.840 personas llevaban más de un año esperando una operación no cubierta por la garantía, y 3.039 personas lo hacían más de dos.

En otro orden de cosas, llama la atención que operaciones como las de cirugía bariátrica, cuya demora puede poner en riesgo la salud de los pacientes afectados por obesi-



“
La demora en el proceso de diagnóstico, que en muchas ocasiones representa el tiempo fijado para la recogida de resultados de las pruebas, continúa planteándose, a tenor de las quejas recibidas.

dad mórbida, que normalmente presentan padecimientos asociados, alcanzan un plazo medio de realización de 1.029 días, pues aunque se hagan necesarios numerosos pasos con carácter previo a su prescripción, no podemos olvidar que el tiempo de espera se cuenta desde la inscripción en el registro. Del mismo modo la reconstrucción mamaria tras una mastectomía se nos antoja como un complemento indispensable de la salud psicológica de las pacientes que la han padecido, pero se lleva a cabo en un período medio de 431 días.

La demora en el proceso de diagnóstico, que en muchas ocasiones representa el tiempo fijado para la recogida de resultados de las pruebas, continúa planteándose, a tenor de las quejas recibidas (queja 14/3344, queja 14/5048, y queja 14/5489), así como la que acompaña las consultas de especialista que no se configuran como primeras consultas derivadas desde atención primaria (queja 13/9912 y queja 14/427), o las citas para unidades específicas dentro de un servicio o especialidad (queja 14/5160 y [queja 13/6758](#)). Algunas quejas recibidas se refieren al retraso en la práctica de pruebas diagnósticas (en concreto un electromiograma en la [queja 14/38](#) y una ecografía en la queja 14/5468).



2.3.3

Otras quejas sobre atención especializada

Todas las vicisitudes que pueden presentarse a lo largo del proceso asistencial que se desarrolla en los dispositivos que dispensan atención especializada tienen reflejo en las quejas que recibimos en la Institución: solicitud de práctica de intervenciones quirúrgicas; derivaciones a centros distintos del de referencia, incluso fuera del ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía; requerimiento de pruebas; disconformidad con el diagnóstico o el tratamiento; altas anticipadas a la resolución del problema de salud, ...

La negativa a intervenir a una ciudadana de las secuelas subsiguientes a una intervención de reducción de estómago nos llevó a reflexionar sobre el alcance de la cirugía reparadora en el marco de la cartera de servicios del sistema público, y la interpretación de la instrucción interna que establece los criterios para delimitar aquella respecto de la que tiene un carácter meramente estético.

Considerando que esta última apoya un tratamiento integral de los pacientes afectados por obesidad mórbida que se someten a cirugía de reducción de estómago, emitimos una **Recomendación** al hospital responsable de dicha decisión, para que valorara de nuevo la solicitud de la interesada en el seno de la comisión encargada de estos casos, teniendo en





“
La aparición de una nueva Guía sobre reproducción asistida en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía, trajo consigo novedades para la dispensación de la prestación.

cuenta que a nuestro modo de ver no existe una exigencia de limitación funcional en el supuesto de secuelas de obesidad mórbida subsiguientes a cirugía bariátrica, y **Sugerencia** a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS, para que tuviera en cuenta este aspecto en la prevista revisión de los criterios que integran la Circular 1/2003, de 11 de junio (queja 13/3089).

La falta de un determinado medio de diagnóstico y tratamiento, que al decir de las noticias aparecidas en los medios de comunicación, había puesto en riesgo la vida de una persona, afectada por una hemorragia subaracnoidea, nos llevó a un análisis del sistema escalonado de atención previsto en el Plan Andaluz de Ictus, desde la perspectiva de la cartera de servicios establecida para cada nivel de atención, y con el fin de alcanzar la efectividad de los medios que integran la misma, llegamos a sugerir que se priorizara la disponibilidad ininterrumpida de radiología intervencionista, por lo que hace a la práctica de la arteriografía cerebral, en uno de los dos hospitales señalados como de referencia, mediante la habilitación de personal especializado en el régimen de guardia que se considerara oportuno (**queja 14/2535**).

También la aparición de una nueva Guía sobre reproducción asistida en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía, trajo consigo novedades para la dispensación de la prestación, que en algún caso incorporaba anticipadamente, respecto de la modificación de la cartera de servicios del



Sistema Nacional de Salud, que no se concretó formalmente hasta primeros de noviembre.

Así, diversos hospitales de la red sanitaria pública comenzaron a denegar la aplicación de las técnicas a aquellos solicitantes que se habían sometido a un procedimiento de esterilización voluntaria previo, a la vista del texto de la mencionada Guía, lo que nos llevó a recomendar, en primer lugar, que se paralizara la aplicación de dicho criterio de exclusión, así como de otros requisitos limitativos recogidos en aquella, en la medida en que no se incluyeran en la referida cartera de servicios.

Sin embargo la modificación operada de esta última con carácter previo a la respuesta de la Administración Sanitaria, y dado que nuestra Recomendación quedaba entonces sin objeto, nos llevó a matizar su contenido, instando a que no se vieran excluidos de tratamiento los aspirantes afectados que hubieran sido incluidos en lista de espera con carácter previo al 6.11.2014, y por tanto también los incorporados a aquella en el período intermedio entre la aparición de la Guía y la entrada en vigor de la norma estatal ([queja 14/1414](#))



Dado que nuestra Recomendación quedaba entonces sin objeto, nos llevó a matizar su contenido, instando a que no se vieran excluidos de tratamiento los aspirantes afectados que hubieran sido incluidos en lista de espera con carácter previo.