



19.1 CAPÍTULO 01. X SALUD

01.X.1 Introducción

En el epígrafe dedicado al derecho a la protección de la salud, de la sección 1ª del Informe Anual de esta Institución para el ejercicio 2013, llevamos a cabo una valoración somera de las repercusiones operadas por el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Presentado como uno de los hitos normativos de los últimos tiempos para la reforma del sistema sanitario público, nos detuvimos a considerar los tres aspectos que a nuestro modo de ver resultaban más relevantes, a saber, la determinación del ámbito subjetivo del derecho, la delimitación de su contenido, y la prestación farmacéutica.

Nos referimos a la problemática que planteaban las nuevas definiciones de asegurado y beneficiario, la modificación prevista de la cartera de servicios, y las repercusiones de las nuevas reglas de copago, y otras medidas dirigidas al uso racional de los medicamentos.

Con o sin afectación de la norma aludida, estos tres ámbitos continúan suscitando planteamientos de los ciudadanos ante esta Institución.

No obstante, desde una perspectiva global, cabe destacar algunas manifestaciones de su desarrollo normativo, que se proyectan en relación con la cartera de servicios. En este sentido, podemos citar la modificación de la cartera común suplementaria para la prestación con productos dietéticos (Orden SSI/1329/2014, de 22 de julio), y la de la cartera común básica, en materia de cribado de enfermedades en fase presintomática, genética y reproducción asistida.

Con dificultades para interpretar la significación del escaso bagaje normativo en este ámbito, nos congratulamos con lo que ello pudiera suponer de abandono de algunos de los planteamientos iniciales, que incluían la aportación del usuario para el acceso a determinadas prestaciones, confiando en que de esta manera se confirme una tendencia, que recientemente se ha visto reforzada con la anunciada renuncia al establecimiento del copago en los fármacos hospitalarios.

Significativas en otros aspectos sí parecen las normas aparecidas para regular la discutida troncalidad (RD 639/2014, de 25 de julio), el registro estatal de profesionales sanitarios (RD 640/2014, de 25 de julio), y la sanidad transfronteriza (RD 81/2014, de 7 de febrero).

En todo caso, en algunas ocasiones se dan fenómenos que acaparan la atención del conjunto de un sector y provocan movilizaciones de todos los agentes implicados, eclipsando en buena medida otros aspectos. El impacto social de los mismos cuando afectan al ámbito de la salud suele ser significativamente más profundo, a la vista de la relevancia del bien sobre el que inciden y se eleva el nivel de exigencia respecto de quienes deben ofrecer una respuesta.

En esta tesitura, el 2014 será recordado sin duda como el año de la crisis del ébola, y el reto que para nuestro sistema sanitario ha traído consigo el tratamiento de la enfermedad y el afrontamiento de los riesgos de contagio.

Por otro lado las dificultades para el acceso a los medicamentos innovadores, que ya veníamos recogiendo en esta misma sede, se han manifestado en el proceso de tratamiento de las personas afectadas por la hepatitis C, que demandan una dispensación generalizada de unos fármacos que se anuncian eficaces para la curación de la enfermedad, pero que resultan especialmente costosos para el erario público.



01.X.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

X.2.1 Salud Pública

Durante el pasado ejercicio hemos desarrollado actuaciones relacionadas prácticamente con la mayoría de las cuestiones que se vienen planteando en este epígrafe. Así concluimos algunas quejas de años anteriores que demandaban intervenciones para solventar problemas de insalubridad en viviendas; recibimos una denuncia por riesgo para la salud pública por causa de legionella; planteamientos vinculados a la aplicación de la Ley antitabaco; y solicitud de información epidemiológica sobre el riesgo que presentan algunas enfermedades en determinados ámbitos geográficos.

En este punto damos cuenta de la continuidad del proceso de tramitación de la queja 09/1699 y la queja 10/3859, auspiciadas respectivamente por la Plataforma "Recupera tu ría" de Huelva, y diversas asociaciones ecologistas del Campo de Gibraltar, con el objeto de promover la realización de sendos estudios epidemiológicos a la vista de la elevada mortalidad por cáncer en las áreas geográficas concernidas.

Como medida extraordinaria, una vez solicitados los informes pertinentes a la Consejería que tiene atribuida la responsabilidad en esta materia, desde esta Institución se realizó un encargo a la Sociedad Española de Epidemiología de elaboración de un dictamen para cada caso, con el fin de fundamentar la decisión que pudiéramos adoptar en este asunto, y a la vista de la tecnicidad que lo preside.

Dichos dictámenes fueron presentados a los promotores de las quejas por el coordinador del grupo de trabajo creado al efecto en el seno de dicha sociedad científica, con el encargo de que formularan las alegaciones que consideraran convenientes a su contenido, habiéndose cumplimentado este requerimiento muy recientemente, por lo que aún pende por nuestra parte reevaluar toda la información compilada en estos expedientes y adoptar una decisión definitiva en los mismos. En todo caso, y para general conocimiento de la ciudadanía, y específicamente de los vecinos de las zonas afectadas, Tanto el **dictamen** referido al Campo de Gibraltar como el **dictamen** referido a la Ría de Huelva aparecen expuestos en la página web de esta Institución.

El cribado poblacional del cáncer de colon había motivado la incoación de una queja de oficio a finales de 2012 (queja 12/7129), pero el informe solicitado no se recibió hasta el pasado ejercicio. Los datos contenidos en el mismo no daban a entender que se hubiera iniciado este programa, pues tras el informe de 2010, sobre "Valoración de la pertinencia y viabilidad de implantar un programa poblacional de cribado de cáncer de colon y recto en Andalucía", el esfuerzo se había invertido en desarrollar la aplicación informática, que al tiempo de la recepción del informe se estaba probando, previéndose que a la finalización de las pruebas se iniciarán las fases de formación y pilotaje.

Se da la circunstancia de que sobre este asunto se elaboró un informe posterior (junio de 2013) por parte del grupo de expertos sobre concreción de cartera común de servicios para el cribado del cáncer, en el que junto a consideraciones generales a tener en cuenta para la implantación de este tipo de prestaciones, destacó el carácter coste-efectivo del cribado del cáncer colorrectal, y puso de relieve la desigual implantación del programa en el territorio del Estado, evidenciando un singular retraso de nuestra región en la puesta en marcha de esta medida en comparación con la mayoría de las Comunidades Autónomas.

Dicho informe concluyó que el cribado aludido debía formar parte de la cartera común básica de servicios del Sistema Nacional de Salud, y de esta manera se ha incorporado a la misma por la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre,



considerando por nuestra parte que la obligación legal de dispensación que la misma entraña, a pesar del calendario de instauración progresiva, nos llevará sin duda a volver sobre este tema.

El curso de los acontecimientos puso de actualidad en nuestro país la enfermedad ocasionada por el virus del ébola, pues fueron repatriados ciudadanos españoles que se habían contagiado en el continente africano, y se produjo el primer caso de contagio fuera de las zonas endémicas, que afectó a una de las profesionales que intervino en la atención de aquellos, lo que desencadenó el temor por la posible extensión de la enfermedad a Europa y otras áreas territoriales.

El cuestionamiento de la eficacia de los protocolos de seguridad preestablecidos, incluso por parte del personal de los centros sanitarios, sobre todo en relación con la dotación de medios para poner en práctica las medidas previstas en los mismos, unido al progresivo incremento de la preocupación de la ciudadanía, determinó que iniciáramos un expediente de oficio ([queja 14/4653](#)) con ánimo exclusivamente colaborador con la responsabilidad de la Administración Sanitaria en el manejo de este asunto, y la vista puesta en el suministro de información fidedigna a cuantos ciudadanos o agentes sociales se dirigieran a nosotros manifestando ansiedad por este tema.

El informe que nos ha sido remitido por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, razona las causas que determinan el bajo riesgo de propagación de la enfermedad en nuestro territorio, y aunque obvia una exposición detallada de algunos de los aspectos interesados, fundamentalmente en lo que se refiere a la dotación de medios con los que cuentan los dispositivos asistenciales para la aplicación de los protocolos, sí ofrece una relación exhaustiva de estos últimos, cuyo contenido, entendemos, a falta de una consulta directa de estos documentos, debe resultar ilustrativo a estos efectos. En este sentido el hospital Virgen del Rocío de Sevilla ha sido designado muy recientemente como uno de los siete centros de referencia para atender los casos confirmados del virus, lo que debe conllevar no solo la dotación de la infraestructura necesaria, sino de personal formado y suficiente.

En definitiva, a tenor de los datos suministrados, y partiendo del protocolo general (Procedimiento de actuación frente a casos sospechosos y confirmados de enfermedad causada por el virus del ébola), se han elaborado otros instrumentos: Guía de prevención de riesgos laborales frente al ébola para los trabajadores del sistema sanitario público de Andalucía; Instrucciones específicas para el personal de centros sanitarios y del sistema de vigilancia epidemiológica ante la sospecha de un caso de ébola; adaptación local a los centros sanitarios del protocolo frente al ébola; formación de los profesionales de centros sanitarios para la atención a pacientes con sospecha o confirmados (tres niveles de formación); protocolo para el manejo clínico de casos confirmados; procedimiento de gestión de residuos; procedimiento de limpieza en atención primaria y hospitales; Procedimiento de limpieza de domicilio, y protocolo para el manejo de muestras de pacientes con ébola en laboratorios clínicos.

X.2.2 Atención Primaria

Tradicionalmente, las quejas que se relacionan con el ámbito de la atención primaria de la salud incorporan pretensiones muy diversas, expresivas de las múltiples vicisitudes que pueden sucederse en un proceso asistencial marcado por la proximidad y que constituye el umbral para el acceso a otros niveles asistenciales.

Algunos de los problemas que se nos trasladan traen causa de un conflicto en la relación médico-paciente, que obedece habitualmente a la falta de correlación entre los deseos del usuario y las pautas de actuación de aquel, traducidas en la mayor parte de los casos en ausencia o demora en la derivación a consultas de especialidades (como en la queja 14/333, en la que se discute a qué nivel asistencial corresponde efectuar una derivación para especialista recomendada desde urgencias), o disconformidad con la prescripción



farmacéutica (la interesada en la queja 13/5403 discrepa de la negativa de su médico de cabecera a poner al día las prescripciones en la receta electrónica, dado que por caducidad de la misma, no puede retirar los medicamentos que precisa de la farmacia).

En otras ocasiones las denuncias afectan a los procedimientos de gestión de las citas (en la [queja 14/1046](#) una ciudadana denuncia que solo puede acudir de urgencias a su centro de salud porque su médico está de baja) o se circunscriben a déficits apreciados en la actitud y el trato otorgado por los profesionales.

Habituales vienen a ser los planteamientos que invocan carencias en cuanto a la dotación de personal, que si bien tienen repercusión desde la perspectiva de las condiciones laborales nada desdeñables, nos interesan mayormente por la posible incidencia que pudiera desencadenarse en la calidad de la asistencia que se dispensa.

Las plantillas de los dispositivos de atención primaria atienden a criterios poblacionales establecidos, por lo que no es infrecuente que se reclame su incremento con apoyo en el aumento registrado de la población de la zona, o bien fundamentalmente, que se solicite su completa cobertura, mermada por vacantes y falta de sustitución de las ausencias reglamentarias de los titulares de las plazas, a lo que muchas veces se une un régimen de prestación de servicios en jornada inferior a la reglamentaria, que conlleva sobrecarga de la labor asistencial de los compañeros que se ven obligados a asumirla.

Buenos ejemplos de este tipo de requerimientos vienen constituidos por las quejas 14/2399, 14/2400, 14/2785, y la 14/2936. Las dos primeras se formularon por el Sindicato Médico de Jaén por insuficiente dotación de facultativos en los centros de salud de Mancha Real, y Virgen de la Capilla; la tercera se refiere al centro de salud de Lepe, y la encabeza un profesional del mismo; y la última afecta al centro de salud de Guillena, y se presentó con gran respaldo de firmas de los vecinos de la localidad, de forma que aunque se detiene en las disfunciones producidas por carencias de personal, incide también en otros aspectos que, en opinión de sus promotores, resultan demostrativos del deterioro de la calidad asistencial (reducción de las derivaciones a especialistas, la petición de analíticas y las recetas) y evidencian la distancia entre la filosofía de gestión y las reivindicaciones de los ciudadanos, primando a su entender la consecución de objetivos vinculados a incentivos económicos.

La elevada presión asistencial en el ámbito de la atención primaria de la salud, entraña un problema que se viene discutiendo desde hace tiempo con diversos niveles de intensidad, y a cuya consideración no ha sido ajena esta Institución. La comparación que podríamos efectuar en cuanto a número de quejas respecto de otros momentos temporales, no revela en la actualidad un estado crítico de esta cuestión, aunque ello no obsta para que se reiteren las valoraciones y se demanden las medidas oportunas desde distintos sectores.

Ciertamente la situación ha cambiado mucho en relación con un estado de cosas que reflejamos en varios informes anuales, en el que la jornada de los facultativos se prorrogaba inexorablemente sin descanso el día siguiente a la guardia, los cupos médicos superaban las 2.000 personas, la media de pacientes por facultativo y día era mayor de 50, y el tiempo de consulta se movía entre los tres y los cinco minutos.

Pero ello no nos impide advertir en la actualidad, y quizás como consecuencia de los ajustes que derivan de la situación de crisis económica en la que estamos inmersos, un déficit significativo en la cobertura de las ausencias reglamentarias del personal (incapacidad temporal, permisos, vacaciones,...), cuyas agendas de trabajo son asumidas normalmente por los compañeros del centro, de manera que en función de la frecuencia con la que aquellas se produzcan y el volumen de personal al que afecten, pueden dar lugar a situaciones de sobrecarga asistencial.

La situación respecto de los pediatras presenta connotaciones adicionales, pues la reiterada denuncia sobre carencia de profesionales de esta especialidad en una determinada área geográfica, puede traer causa de dos realidades bien distintas: la una se vincula al déficit de estos especialistas en la bolsa



de trabajo, que implica el desempeño de sus funciones, bien regularmente, bien por sustitución de los titulares, por parte de médicos de familia; la otra se refiere a la falta de dotación de plazas de la especialidad por insuficiencia de la población en edad pediátrica, que no alcanza las ratios establecidas con esta finalidad.

Por nuestra parte, somos conscientes de la primera circunstancia, y en ausencia de especialistas, consideramos que la atención se puede proporcionar por médicos de familia con experiencia en este campo. En cuanto a las localidades que no tienen asignados profesionales de pediatría en la plantilla de sus centros asistenciales, apoyamos el desplazamiento de los mismos desde los centros de salud de su zona de referencia, aún cuando el mismo se produzca en tiempo reducido (uno o varios días a la semana).

Durante el ejercicio pasado contabilizamos varias reclamaciones de esta naturaleza, por falta de cobertura de vacante de pediatría en el centro de salud Palma-Palmilla ([queja 13/6181](#)), o falta de pediatra en el consultorio de Benacazón (queja 14/4938), llegando a iniciar de oficio un expediente por motivo similar relacionado con la localidad de Ventorros de San José, en el municipio de Loja ([queja 14/5475](#)).

La cuestión del déficit relativo de matronas en atención primaria, sobre la que ya se pronunció esta Institución en la queja 07/2272, se ha replanteado el año pasado por un grupo de matronas andaluzas en paro, a las que anima el interés en denunciar las diferencias existentes entre las distintas provincias andaluzas en cuanto a la ratio de matronas de los centros de salud, de lo que derivan una situación desigual en la atención a la salud de las mujeres en cuanto a la maternidad y durante toda su vida reproductiva.

En su momento consideramos que nuestras Recomendaciones para el incremento de plantilla con las plazas de matronas correspondientes a cada provincia según el estudio de necesidades realizado por la Administración, y el establecimiento de un calendario para la dotación presupuestaria de las plazas, priorizando las provincias más deficitarias, no habían sido aceptadas.

En la actualidad no podemos apreciar ningún cambio significativo, pues el informe recibido en la queja 13/6808 reproduce argumentos que ya fueron tenidos en cuenta con anterioridad, y al tiempo que afirma que la sustitución de una matrona normalmente se produce por otra si hay candidatas en la bolsa de trabajo, justifica la desigual distribución territorial de este colectivo profesional en atención primaria por las características poblacionales de la zona, el envejecimiento de algunas áreas y la dispersión geográfica.

En relación con los procesos de distribución de cupos por causas organizativas (incremento de plantilla de facultativos, apertura de nuevos centros de salud,...) esta Institución se ha posicionado ya en diferentes ocasiones para que se excluyan de los procedimientos aleatorios que se efectúan para el reparto de los usuarios, a los que previamente hayan ejercitado el derecho a la libre elección de profesional sanitario, salvo en el caso improbable de que lo impida el volumen de solicitudes que se hayan realizado en este sentido. Con esta finalidad hemos dirigido una Recomendación a la Dirección del Distrito Sanitario de Almería en la [queja 14/300](#), así como Recordatorio de deberes legales, por considerar vulnerado el derecho que habían ejercitado los interesados a la libre elección de pediatra para sus hijos, que han sido convenientemente aceptados por aquella.



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.

X.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.

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.

X.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.

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 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 obesidad 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).



X.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 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**)



X.2.4 Urgencias y Emergencias

La demanda de atención sanitaria urgente no siempre se ve cumplimentada de manera adecuada desde la óptica del paciente y sus familiares, reproduciéndose año tras año las mismas situaciones que nos llevan a preguntarnos hasta qué punto la problemática que afecta a esta modalidad de atención sanitaria puede considerarse irresoluble.

El análisis particularizado de las circunstancias que rodean múltiples procesos asistenciales urgentes, poniendo de manifiesto las deficiencias observadas en cada caso, no nos impide advertir cómo reiteradamente se pone en tela de juicio la capacidad asistencial de los servicios, el esquema organizativo, o la dotación de medios personales y materiales, para asistir episodios de crisis en la salud que demandan intervenciones singulares.

Los aspectos que confluyen en el examen de esta realidad son tan numerosos como variados, por lo que desde hace mucho tiempo esta Institución aspiraba a afrontar el mismo con una perspectiva global, congratulándose a estos efectos de nuestra participación en el **Estudio** que con esta finalidad han desarrollado conjuntamente el Defensor del Pueblo del Estado y los distintos Defensores de ámbito autonómico, con el acento puesto en el respeto de los derechos de los pacientes, sin olvidar la influencia que en cuanto a los mismos pueden tener aspectos como las infraestructuras y demás medios materiales, los sistemas de información y medios técnicos, o los recursos humanos, confiando en que las conclusiones alcanzadas en el mismo propicien un profundo replanteamiento de esta cuestión.

Al margen de esta contribución, durante el pasado ejercicio concluimos el expediente de oficio que habíamos iniciado en relación con la saturación del servicio de urgencias del hospital sevillano de Valme (**queja 13/5699**), y tras la resolución formulada en la queja 13/938, sobre demora en la atención de urgencias de la localidad granadina de Fuente Camacho, instamos a la Dirección del Distrito Metropolitano de Granada la emisión de una nueva respuesta, que resultara explicativa del análisis de la situación al que se comprometieron en la primera, y de las medidas a que el mismo hubiera dado lugar en su caso.

En alguna ocasión (**queja 14/1496**) hemos llegado a discutir el criterio de prioridad otorgado a una demanda de atención sanitaria urgente, e incluso partiendo de la prioridad asignada, hemos discrepado del modus operandi del centro coordinador, limitado a la derivación del paciente a su centro de salud; estimando que la imposibilidad de desplazamiento que alegaba debió operar el necesario contacto con aquel, o con el dispositivo de atención a urgencias de la zona, para que se proporcionara desde el mismo la asistencia en el domicilio.

La atención sanitaria de urgencia puede ser igualmente sugestiva de mala praxis asistencial, y con esta óptica se puso en cuestión la dispensada a un joven sin hogar, que falleció en las dependencias del albergue municipal, pocas horas después de haber sido dado de alta en el servicio de urgencias de un hospital sevillano. Ya en el Informe Anual correspondiente a 2013 reseñábamos la iniciación de oficio de la **queja 13/5628** por este motivo, a la vista de los indicios que revelaba el estado físico del paciente (muy escaso peso corporal), el poco tiempo que había permanecido en el servicio y la inmediatez de la muerte, que le sobrevino al día siguiente.

En este punto dejamos constancia de la conclusión de nuestras actuaciones en dicho expediente, tras analizar el contenido del informe recibido del centro, pues a las limitaciones que habitualmente nos acompañan para analizar el ajuste de la actividad asistencial a la lex artis, se unía en este caso el conocimiento judicial del asunto. Ahora bien nos parecía que de lo sucedido se podían extraer conclusiones adecuadas para elaborar instrumentos generales que resultaran de aplicación en la atención de urgencias a las personas sin hogar, y con esta intención realizamos alegaciones al protocolo que nos fue remitido desde la Consejería de Igualdad, Salud, y Políticas Sociales, con las modificaciones incorporadas al procedimiento de atención a personas en riesgo social en las unidades de gestión clínica de cuidados críticos y urgencias, que se manifestaron en tres aspectos fundamentales.



En primer lugar, frente a un procedimiento que aparecía casi exclusivamente dirigido a salvaguardar la continuidad asistencial tras el alta, reivindicamos un contenido centrado en la asistencia sanitaria debida a estos pacientes en los servicios de urgencia hospitalarios, que tuviera en cuenta el incremento del riesgo que sus circunstancias sociales conlleva para el desarrollo de determinadas enfermedades, y diseñara un esquema de atención que permita avanzar hacia el descarte de patologías de gravedad, mediante el desarrollo en su caso de las pruebas que se hagan necesarias para completar el diagnóstico.

Por otro lado en cuanto a la definición de los criterios de riesgo social que resultan determinantes para una actuación preferente, propusimos que se realizara una mención expresa de las personas que padecen enfermedades mentales; y en último término por lo que hace a la garantía de la continuidad asistencial tras el alta, pusimos de manifiesto las dificultades en la búsqueda de recursos sociales que pudieran servir como alojamientos temporales de estos pacientes en tanto prosiguen el tratamiento o se recuperan de sus padecimientos, manifestando nuestro acuerdo con la decisión de prórroga de su estancia hospitalaria cuando se haga necesario, y sugiriendo la posibilidad de su derivación a los centros sanitarios que habitualmente acogen a pacientes crónicos o en situación terminal, siempre que se prevea que la situación va a tener una duración suficiente para validar la eficacia de esta medida.

X.2.5 Derechos de los usuarios

Los derechos que en la normativa vigente se reconocen a los usuarios de los servicios sanitarios públicos se ven a menudo comprometidos en las distintas fases del proceso asistencial, y consecuentemente son objeto de planteamiento ante esta Institución, que viene obligada a analizar las situaciones denunciadas y valorar si se ha respetado el contenido de los mismos, tal y como aparece recogido en los textos normativos que los proclaman y en aquellos que regulan su ejercicio.

Casi todos los derechos que se incluyen en los catálogos tienen reflejo en las quejas que se nos presentan, aunque la mayor o menor incidencia en cada uno de ellos varía de unos ejercicios a otros, en función de circunstancias diversas, como pueden ser las novedades normativas o las dificultades interpretativas que susciten.

Así por lo que se refiere al **derecho a la dignidad**, no faltan las denuncias sobre trato irrespetuoso o descortés hacia los usuarios por parte de los profesionales que los atienden en los distintos dispositivos asistenciales (queja 14/2234 sobre trato desconsiderado del conductor de la ambulancia que trasladó a su padre; queja 14/3853 por deshumanización y vulneración del derecho a una muerte digna; queja 14/2995 sobre falta de respeto de una celadora; o queja 14/203 por trato humillante de una matrona).

La investigación de las mismas resulta complicada en la medida en que la aludida vulneración del derecho se sustancia fundamentalmente en manifestaciones verbales que resultan imposibles de comprobar por esta Institución, aparte de que habitualmente vienen imbuidas por las apreciaciones subjetivas de las partes implicadas.

El **acceso a la historia clínica** se complica en ocasiones, a veces por la antigüedad de los documentos que se solicitan (queja 14/348 por falta de suministro de la historia clínica de su madre para investigar sospecha de niño robado; queja 14/691 por no entrega de los documentos más antiguos de su historial; **queja 14/2547** por no facilitarle copia de la historia clínica de su hijo; o la **queja 14/2850** por no darle copia del historial clínico de su padre), cuando no resulta demorado. En otras ocasiones lo que se discute es la negativa a la cancelación de datos que constan en la referida historia, sobre todo relativos a determinados diagnósticos de problemas de salud mental, que los interesados consideran que les están generando perjuicios (queja 14/3120 y queja 14/3268).



El **derecho a una segunda opinión facultativa** también se ha tratado de hacer valer a través de sendos expedientes (queja 14/1341 y queja 14/5206). En muchos casos, se intenta ejercer en relación con patologías que no se incluyen en la lista tasada para la cual aquel únicamente se contempla, lo que no impide que se pueda alcanzar el resultado perseguido mediante el ejercicio de la libre elección de especialista y hospital, que en estas circunstancias venimos sugiriendo a los interesados.

De los conflictos relacionados con la **libre elección de especialista** también nos hemos hecho eco, e incluso nos hemos pronunciado al respecto a través de dos resoluciones. La primera, la elaboramos en la [queja 13/4442](#), posicionándonos sobre el procedimiento para el ejercicio del derecho en el caso de una doble intervención de varices.

Y es que frente a la postura del hospital elegido por la interesada para que aquellas se llevaran a cabo, que remitió a la paciente a su centro de referencia una vez practicada la intervención de una pierna, por considerar concluido el proceso patológico al que aquel se refería, dejando a salvo la posibilidad de que pudiera volver a ejercerlo para la intervención que restaba; consideramos que el proceso patológico para el que se ejercía el derecho de libre elección no podía ser otro que el de varices en ambos miembros inferiores, en tanto que existía indicación quirúrgica para los dos, de manera que la elección realizada tenía que extenderse hasta la operación del otro miembro, con independencia de que para ello la paciente debiera esperar de nuevo el tiempo que se hiciera preciso en función de la demora prevista para este tipo de operaciones.

La segunda se originó en la [queja 14/368](#), para atender el requerimiento de ayuda de un ciudadano al que se le había denegado la solicitud de libre elección de psiquiatra realizada en calidad de tutor de su hermano, enfermo mental, por haberse ejercitado para una unidad de salud mental comunitaria distinta de la que le corresponde por razón del domicilio.

La desestimación de la petición se justificaba en la garantía de calidad de la asistencia, invocando a este respecto la imposibilidad que dicha opción representaba en relación con las actuaciones a desarrollar en el domicilio del paciente.

Por nuestra parte, sin embargo, pusimos de manifiesto que la normativa de desarrollo del derecho a la libre elección de especialista, a diferencia de la que hace lo propio con la libre elección de médico general y pediatra, no pone límites geográficos al ejercicio del derecho, por lo que aunque pueda resultar razonable dirigir a los usuarios hacia las unidades de referencia a la hora de llevarlo a cabo, no se puede imponer que la elección se tenga que realizar necesariamente entre los profesionales de la unidad aludida, y menos, por medio de instrumentos normativos de rango inferior o de naturaleza meramente organizativa.

En otro orden de cosas, pensamos que la problemática que se suscita por las intervenciones en el domicilio del paciente, teniendo en cuenta el carácter episódico de las mismas (inexistentes en este caso según el interesado), se puede solventar de la misma manera que en atención primaria (las actuaciones de base comunitaria las hacen desde el centro de salud de referencia por razón del domicilio), acompañándose esta medida de una buena coordinación, para la cual hay previstos mecanismos en el proceso asistencial integrado de trastorno mental grave.

Por lo demás, continuamos recibiendo quejas que inciden en el reconocimiento del propio **derecho a recibir la asistencia sanitaria del sistema público**, acompañándose a veces de la práctica de liquidaciones por los gastos que aquella conlleva, cuando el mismo no se acredita.

El debate suscitado a la entrada en vigor del Real Decreto Ley 20/2012, de 16 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, parece que se va diluyendo en algunos aspectos, aunque es posible que algunas cuestiones aún no se hayan resuelto.

En la dación de cuentas correspondiente al pasado año aludimos al posicionamiento aclaratorio de la Administración Sanitaria Andaluza, favorable a la dispensación de asistencia a las personas inmigrantes



en situación irregular, al que se acompañaban instrucciones sobre el procedimiento a seguir para cumplir este objetivo.

La **Sugerencia** que emitimos en la **queja 13/2791** relativa a la identificación de estos usuarios en los casos en no se pudieran cumplir las exigencias de la Estrategia de seguridad del paciente, mediante la participación de determinadas organizaciones no gubernamentales, ha sido plenamente aceptada. En este sentido, se nos ha comunicado la impartición de instrucciones para evitar que en estos casos se exija generalizadamente documentación identificativa adicional a la tarjeta sanitaria, sustituyéndose la misma por un documento expedido al efecto por las citadas organizaciones.

Recepcionamos igualmente algunas quejas alusivas a conflictos suscitados a la hora de acceder a las prestaciones del sistema sanitario público por ciudadanos de la Unión Europea. En algunos casos el problema surge a la hora de acreditar la inscripción en el registro central de extranjeros, dado que la misma exige la tenencia de medios económicos suficientes y la titularidad de un seguro sanitario público o privado (**queja 13/3759**, y queja 14/4940), en otro caso la facturación de la atención recibida se produce precisamente porque dicha residencia no existe, y el carácter programado de aquella impide que su dispensación resulte amparada por la tarjeta sanitaria europea (queja 14/3811).

Pero las liquidaciones de gastos no son exclusivas de los ciudadanos extranjeros. En la **queja 13/2223** se expide por un hospital para resarcirse de la asistencia proporcionada a una joven desplazada desde otra Comunidad Autónoma por razón de estudios, al no aportar la tarjeta sanitaria. Su condición de desplazada impedía la consulta de la base de datos de usuarios (BDU), al tiempo que la del sistema de información laboral de la TGSS se imposibilitaba por tener la condición de beneficiaria de su padre, no habiendo respondido al requerimiento que se le hizo para presentar el título que reconoce su derecho.

Ahora bien advertimos deficiencias en la notificación del requerimiento aludido, que se hizo por correo ordinario, y por lo tanto sin constancia de su recepción, arrojando dudas sobre la eficacia de este acto de trámite con indefensión para la afectada, sin que tampoco se aporte justificación de los intentos de notificación de la liquidación previos a la inserción del anuncio sobre la misma en el BOJA.

Por eso, en la medida que en esta Institución constatamos que la hija del interesado tenía derecho a la asistencia gratuita, solicitamos la anulación de la liquidación emitida en su día, la cual había llegado a provocar el embargo de la cantidad así adeudada, obteniendo una respuesta favorable del hospital a nuestra **Recomendación**, y el compromiso de revocar aquella conforme a lo previsto en el art. 105 de la LRJPAC, y proceder a la devolución del ingreso indebido.

Suerte distinta padeció sin embargo la **Recomendación** correspondiente a la queja 14/238 por liquidación de gastos de asistencia sanitaria a un afiliado de Isfas. El déficit en la información proporcionada a su solicitud, dado que inquirió expresamente sobre una eventual obligación de pago de la atención antes de recibirla, entendemos que vició su consentimiento a la hora de acceder a la misma.

Por ello, aunque los afiliados de mutualidades tienen que conocer sus derechos y obligaciones, y en los casos en que reciben asistencia en centros del sistema sanitario público surge la obligación de éste de reclamar el coste a aquellas, en tanto que terceros obligados al pago; pensamos que también ostentan el derecho a ser informados sobre los requisitos que determinan el acceso a dicha asistencia sanitaria del sistema público, pareciéndonos de conocimiento inexcusable de los trabajadores del mismo, la absoluta excepcionalidad con la que dicho coste se reintegra por parte de las entidades sanitarias privadas concertadas con las mutualidades aludidas, y los contados supuestos en los que dicho mecanismo procede.

En todo caso, si dicha información se desconoce por el personal de admisión de los centros sanitarios públicos, creemos que al menos deberían abstenerse de indicar a los afectados que "*allí se atiende a todo el mundo*", con carácter previo a la indicación de contactar con sus respectivas compañías, generando una apariencia de legitimidad para su actuación que, en la mayoría de los casos, no va a verse respaldada con la asunción del coste de la asistencia por aquellas.



X.2.6 Centros sanitarios

La paralización de las inversiones que la crisis económica ha traído consigo tiene uno de sus principales reflejos en el ámbito sanitario, por lo que hace a las infraestructuras planificadas, o incluso comprometidas, sorprendidas por aquella en muy diversos momentos de su proceso de ejecución.

Durante el pasado ejercicio, nos han llegado quejas relacionadas con algunos de estos dispositivos sanitarios, aunque nos consta que hay otros muchos que habían proyectado importantes reformas, al lado de algunos de nueva edificación.

Así en la queja 13/6059 nos encontramos que una vez construido por el Ayuntamiento de Rincón de la Victoria (Málaga) el consultorio de la localidad de Torre de Benagalbón, se ha anunciado que no se va a utilizar, por considerar que los servicios de atención primaria quedan cubiertos con los otros centros de salud del municipio.

Los vecinos, sin embargo, rechazan el alegado estancamiento del crecimiento poblacional, puesto que la población llega a triplicarse en verano y reivindican la puesta en marcha del consultorio como medida de igualdad, en relación con otras localidades de similar número habitantes, que sí cuentan con equipamiento sanitario en su propio territorio.

Por nuestra parte estamos a la espera de que se nos suministren datos expresivos de la presión asistencial en la zona, así como una copia del acuerdo que el Ayuntamiento suscribió con la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, para conocer los términos del compromiso adquirido.

Algunos habitantes del barrio de La Chanca-Pescadería (Almería) apoyaron con una huelga de hambre la solicitud de inicio de las obras de rehabilitación del consultorio ubicado en la antigua Casa del Mar, pues tras la clausura del antiguo centro de salud en 2006, los vecinos tenían que desplazarse a otras dependencias, que estimaban absolutamente insuficientes e inadecuadas para el volumen de población atendido, al tiempo que para la asistencia de urgencias tenían que acudir al propio hospital Torrecárdenas.

En el informe recibido en la queja 14/3121 desde la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Bienestar Social se nos explican los problemas relacionados con la cesión del inmueble por parte del Instituto Social de la Marina, el estado de tramitación de esta iniciativa, en la que llegó a redactarse el proyecto pero no a publicarse la licitación, y la imposibilidad de seguir manteniendo el presupuesto para su ejecución a partir de 2013, aún afirmando su priorización en el momento en que exista disponibilidad presupuestaria, así como la calidad y accesibilidad de la asistencia que en la actualidad se dispensa a los vecinos de esta zona.

La construcción de un nuevo centro de salud en Nerja (Málaga) motivó la queja 14/5340 por parte del Alcalde de dicha localidad, que nos trasladó la importancia relativa de esta iniciativa para la dispensación de una atención sanitaria realmente ajustada a las necesidades de los ciudadanos, y la aspiración de consignación de una partida en los presupuestos de 2015 para acometerla de manera inmediata, a cuyo objeto incluso proponían el adelanto de los fondos por parte del Ayuntamiento, destinados a contratar la redacción del proyecto básico y de ejecución, mediante la formalización del oportuno convenio de colaboración. Este expediente aún se encuentra a la espera de recibir el informe administrativo.

La Plataforma cívica en defensa del hospital y de la salud, reivindicó la reanudación de las obras del nuevo hospital de La Línea de la Concepción (Cádiz), largamente anunciado, y trabado en su materialización por diversas circunstancias, lo que había determinado la paralización de aquellas cuando ya se encontraban en un momento muy avanzado. A la queja 14/3328 que motivó su comparecencia en esta Institución, se acumularon solicitudes similares de muchas asociaciones y colectivos de la comarca (políticos, sindicales, vecinales,...), como medida principal para solventar el déficit que entienden que afecta al actual hospital linense.



El informe que hemos recibido en este expediente, confirma las noticias que han venido apareciendo en los medios de comunicación, reflejando las declaraciones de diversos responsables de la Administración Sanitaria, favorables a la conclusión de este proyecto. En este sentido, se nos dice que se está tramitando el contrato para la redacción del modificado, y que en julio de 2014 se llevó a cabo una modificación presupuestaria de incremento de crédito para asegurar la financiación necesaria.

Desde esta Institución pensamos que la aplicación de los medios disponibles para acometer este tipo de proyectos obligan a un cuidadoso estudio de necesidades, de forma que se pueda establecer un orden lógico de prioridad que permita sacarles el mayor provecho, sin obviar otro tipo de circunstancias (equilibrios territoriales, actuación en zonas deprimidas,...) que deban ser tenidas también en cuenta.

En otro orden de cosas, asistimos por parte de un ciudadano al cuestionamiento de la estrategia de seguridad en un centro hospitalario, pues a la vista de múltiples incidentes acaecidos a su padre durante el período en que permaneció ingresado en el mismo, reclamó el seguimiento de los procedimientos establecidos en aquella para la notificación de efectos adversos, y la comunicación de las actuaciones realizadas y medidas que hubieran podido adoptarse para evitar la repetición de este tipo de sucesos.

El informe emitido por el hospital en la [queja 13/1159](#) aseguraba que se habían mantenido diversas reuniones con el interesado para comentar lo sucedido y se le habían ofrecido las respuestas oportunas a las reclamaciones formuladas, pero aún reconociendo el favorecimiento de su participación, la generalidad de la información suministrada no nos permitía asegurar que se había seguido el mecanismo preestablecido en estos casos, por lo que la falta de respuesta a la nueva petición de informe que realizamos en este sentido, nos llevó a formular a la Dirección Gerencia del centro Recordatorio de su deber de auxilio a esta Institución, y Recomendación, para que se diera al interesado respuesta formal clarificando el carácter de efectos adversos (o no) de las incidencias denunciadas, y tras explicación de la gestión efectuada de las mismas, se le comunicara si en algún caso habían dado lugar a la adopción de medidas sancionadoras o preventivas.

X.2.7 Farmacia

El sistema de aportación de los usuarios al coste de los medicamentos sigue concentrando un importante número de las quejas recibidas en el área de farmacia. Continúa evidenciándose la discrepancia con el mismo de numerosos colectivos que aspiran a la exención (personas desempleadas discapacitadas, sin recursos,...), pero cuyas circunstancias no han sido tenidas en cuenta normativamente para determinarla.

En la queja 14/1431, por ejemplo, la interesada lamenta verse obligada a sufragar el 40% del precio de los fármacos que necesita, a pesar de que se encuentra desempleada desde hace más de dos años; y en idénticos términos se pronuncia la promotora de la queja 14/3809 en cuanto a la situación de su hermana. A veces, tras venir disfrutando de dicho beneficio, los ciudadanos no entienden que puedan perderlo por haber desarrollado una prestación laboral de escasa duración (5 días en el caso del interesado en la queja 14/4620 y 15 días en la queja 14/4120).

Las dudas sobre el régimen que atañe a las personas discapacitadas se expresan en la queja 14/2307 y la queja 14/529, cuando no se invoca claramente la carencia de recursos para poder hacerse con la medicación, alcanzando incluso a personas que padecen enfermedades raras (queja 14/5271).

En otros casos la disconformidad se predica respecto del grupo de clasificación a efectos de copago (queja 14/1472), mientras que un tercer grupo simplemente se rebela respecto de la exclusión de financiación pública de determinados medicamentos (queja 14/1721 y queja 14/5392).



Las reclamaciones tendentes a modificar el grupo de clasificación o bien a conseguir la declaración de la exención, venían siguiendo un trámite confuso por culpa del doble rechazo de la competencia para su resolución que habían expresado tanto los servicios autonómicos de salud, como el INSS. En el informe correspondiente al ejercicio 2013 ya explicamos que tras iniciar un expediente de oficio con este motivo ([queja 12/5032](#)), habíamos decidido elevar este asunto a la Defensora del Pueblo del Estado, la cual al cierre de aquel se mantenía a la espera de recibir los informes solicitados en la actuación emprendida.

Pues bien, el año pasado tuvimos noticias en torno a este asunto, pues aquella nos trasladó su punto de vista, y nos dio cuenta de la resolución dirigida al Ministerio de Empleo y Seguridad Social para que las entidades gestoras de esta última asuman la competencia sobre resolución del tipo de aportación farmacéutica, y al mismo tiempo, al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para que promueva las modificaciones normativas que garanticen adecuadamente los derechos de los ciudadanos, ofreciendo seguridad jurídica a todas las partes implicadas.

La política de uso racional del medicamento también tiene reflejo en otro tipo de cuestiones, como por ejemplo la discrepancia respecto de la sustitución de marcas por genéricos, y fundamentalmente la dificultad para acceder a fármacos innovadores.

En la queja 12/4876 el interesado lamentaba la modificación operada en cuanto a la medicación que hasta la fecha se le prescribía como tratamiento de su enfermedad, sobre la base de la idéntica garantía de eficacia y seguridad que resulta predicable de los productos de factor VIII con independencia de su origen recombinante o plasmático, de lo que se derivaba una libertad absoluta en orden a su prescripción.

Con independencia de los argumentos exclusivamente técnicos a favor y en contra de uno u otro, nos encontramos con que en el caso de este paciente no se aducía motivación clínica para el cambio de tratamiento, alegándose simplemente que ya había recibido el plasmático con anterioridad, ante lo cual solicitamos que se tuvieran en cuenta sus condiciones particulares, tras quince años continuados de tratamiento recombinante, para evitar que se modificara el mismo conforme a la prescripción del servicio de hematología del hospital de Jaén, sin que tras la respuesta de la Administración Sanitaria podamos considerar que se haya aceptado nuestra **Sugerencia**.

Algunos expedientes reflejan problemas para acceder al uso compasivo de algunos medicamentos (queja 14/4346, queja 14/5656 y queja 14/5695), mientras que en otros casos aquellos surgen en el trámite del visado (en la queja 14/2235 se deniega en relación con un nuevo anticoagulante oral).

Varios ciudadanos afectados de esclerosis múltiple han comparecido ante esta Institución protestando frente a la negativa a la dispensación un medicamento (Fampyra) indicado para la mejora de la marcha, que a pesar de haberles sido recomendado por los facultativos que les vienen siguiendo, no se ha incorporado a la guía de farmacoterapia de los hospitales.

Los centros afectados sustentan esta decisión en el hecho de que aquel proporciona un beneficio discreto en relación con un incremento significativo del coste, y que su aprobación por la Agencia española de medicamentos y productos sanitarios no implica que necesariamente deba adquirirse por los hospitales, que deciden en torno a este asunto a través de sus comisiones de farmacia.

A nuestro modo de ver, se está generando un desconcierto importante a estos pacientes por la contradicción que se evidencia entre la postura de los hospitales y la de sus propios facultativos; así como por la vía alternativa que se está utilizando, a través del suministro del principio activo mediante una fórmula magistral.

Los informes recibidos hacen hincapié en la escasa relevancia clínica del medicamento, lo que no justifica que se realice un análisis comparativo por parte de la Comisión asesora de armonización de criterios de utilización de medicamentos, por el que esta Institución había preguntado.

En definitiva, aún cuando las quejas relacionadas con este asunto (queja 14/122, queja 14/2937, queja 14/2954 y queja 14/3802) aún penden de conclusión, nos parece que es posible requerir de la Administración Sanitaria que clarifique definitivamente esta cuestión, y que resuelva la contradicción entre los profesionales implicados y



las comisiones de farmacia, así como facilite el acceso de los afectados a la fórmula magistral del medicamento cuando les resulte indicado.

La eficacia no es precisamente una cuestión discutida en lo que respecta a los fármacos innovadores para el tratamiento de la **hepatitis C**. Mucho se viene hablando sobre los mismos en diversos ámbitos administrativos y profesionales, y como no podía ser de otra manera, esta Institución no ha quedado al margen de este asunto.

A través de los medios de comunicación, asistimos el pasado año al relato de los trámites seguidos en el proceso de autorización de estos fármacos, principalmente el sofosbuvir (nombre comercial Sovaldi), y la negociación llevada a cabo desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con el laboratorio fabricante, en un intento de rebajar el alto coste del producto y con vistas a su incorporación a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

Aprobada su financiación por la comisión interministerial de precios de los medicamentos, se elaboró un informe de posicionamiento terapéutico que determina los supuestos identificadores de los pacientes tributarios del tratamiento, recogiendo en resumidas cuentas los casos de enfermedad avanzada con alto riesgo de morbi-mortalidad que carecen de alternativa terapéutica (pacientes en lista de espera de trasplante hepático, trasplantados, o cirróticos), sin perjuicio de otros supuestos en los que existe dicha alternativa, pero se considera que el sofosbuvir tiene un valor terapéutico añadido por eficacia y/o seguridad.

También la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ha acordado un documento que contiene la estrategia de priorización para el uso de antivirales de acción directa para el tratamiento de la hepatitis crónica por virus C en el ámbito del SNS.

Los plazos para su dispensación sin embargo se vienen alargando, y así ya contamos con la petición de ayuda de varios afectados, instrumentada a través de las quejas correspondientes (queja 14/5380 y queja 14/5800).

La contestación de los enfermos no se ha hecho esperar, instalándose el debate en la sociedad, habiéndose encargado a un comité la elaboración de una Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C.

Por nuestra parte hemos incoado de oficio la [queja 14/5665](#) para conocer el proceso que debe conducir a la dispensación de dicho tratamiento en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, fundamentalmente por lo que hace a la disponibilidad del mismo en sus hospitales, y el comienzo de su dispensación a aquellos pacientes que lo precisen.

Y es que tal y como hemos manifestado en diversas ocasiones, en esta Institución somos conscientes de las necesidades de uso racional de los medicamentos, y más en las circunstancias actuales de crisis económica, y comprendemos las dificultades que muchas veces entraña la incorporación de novedades terapéuticas, que suelen tener un elevado coste. Pero al mismo tiempo estimamos que no puede dificultarse el acceso de los pacientes a los fármacos innovadores, con un impacto real para su salud, y mucho menos permitir un trato desigual a quienes pretenden beneficiarse de los mismos.

X.2.8 Salud Mental

La situación del derecho a la protección de la salud en relación con las personas que vienen afectadas por una enfermedad mental, constituye un punto de referencia obligado de nuestra anual rendición de cuentas, cuya justificación se incrementa en los últimos tiempos por la incidencia demostrada que la realidad de crisis económica ocasiona en la salud mental de la ciudadanía, en términos generales; y por la repercusión en este ámbito de las políticas de austeridad, en forma de pérdida de calidad de determinados servicios y programas.



Las 17 quejas registradas durante el ejercicio de 2014 reflejan una problemática que, no por habitual, resulta menos preocupante, a la vista del sufrimiento personal y familiar que esta enfermedad lleva consigo, predominando la discrepancia con la atención proporcionada a los pacientes, en términos de cantidad y calidad, y la reivindicación para los mismos del acceso a dispositivos donde puedan ser atendidos de sus dolencias.

Nuestra atención en este apartado sin embargo, se centra este año sobre la propuesta de reforma del Código Penal por lo que hace al régimen de las medidas de seguridad, y la fuerte contestación a la misma ejercida desde las asociaciones de pacientes y familiares del sector, a la que singularmente nos hemos unido desde esta Institución.

En dicho proyecto, la gravedad de las medidas a imponer, y específicamente la duración de la medida de internamiento en centro psiquiátrico, ya no se limitaba al tiempo de duración de la pena que resultaba aplicable al delito cometido sino que se vinculaba a la peligrosidad del autor, posibilitándose así la privación de libertad de manera indefinida, mediante la concatenación de prórrogas de dicha medida de internamiento, si al cumplirse el plazo límite inicial de cinco años no concurrían *"...las condiciones adecuadas para acordar la suspensión de la medida y, por el contrario, el internamiento continúa siendo necesario para evitar que el sujeto que sufre la anomalía o alteración psíquica cometa nuevos delitos a causa del mismo..."*

Este intento de trasladar a la norma prejuicios fuertemente arraigados que abundan en la estigmatización de estos pacientes, presuponiendo su peligrosidad sin ningún tipo de justificación, motivó la comparencia en esta Institución de las asociaciones más arriba mencionadas, y nuestra **declaración formal** de solidaridad con las mismas y apoyo al empeño común de conseguir que los cambios legislativos que pudieran introducirse en el Código Penal redundasen finalmente en una mejora de la situación de todas las personas con enfermedad mental y en ningún caso, supusieran un retroceso en el largo proceso de normalización e integración social de este colectivo.

Una vez aprobado recientemente el texto en el Congreso de los Diputados, tenemos que congratularnos de que la tramitación en dicho órgano haya provocado la desaparición de las referencias normativas aludidas, pendiendo a continuación la aprobación en el Senado.

La cuestión no es baladí, dado que las prácticas estigmatizadoras de este colectivo persisten, y buena prueba de ello la constituye la queja 13/1552, iniciada por Feafes para denunciar la imagen que el "espectáculo" denominado *"Manicomio: circo de los horrores"*, que estaba representándose en algunas ciudades de nuestra Comunidad Autónoma, venía ofreciendo de las personas afectadas por enfermedades mentales, en tanto que individuos peligrosos, violentos, temidos, impredecibles, objeto de burlas y vejaciones.

Las solicitudes para acordar la suspensión de esta actividad propiciaron un debate de carácter competencial entre las Administraciones local y la autonómica, teniendo como referencia la Ley 13/99, de 15 de diciembre, de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas de Andalucía (art. 3.1 «e): las autoridades administrativas competentes podrán prohibir y, en su caso de estar celebrándose, suspender los espectáculos públicos y actividades recreativas cuando con su celebración se atente a los derechos de las personas reconocidos en el Título I de la Constitución»).

Así, algunos ayuntamientos afectados estimaban que la relevancia constitucional de los derechos a proteger desaconsejaba una actuación aislada de la Administración municipal, al tiempo que manifestaba la segunda que la competencia para adoptar la medida correspondía a los Ayuntamientos, en tanto en cuanto son los que autorizan la actividad, aunque entendiendo también que por el conflicto de derechos en juego, aquella no solo requeriría gran cautela, sino que lo procedente sería recabar para ello la tutela judicial oportuna.

Por nuestra parte, en la tramitación de la queja solicitamos informe de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.



Desde la Secretaría General de Políticas Sociales se vinieron a compartir las apreciaciones de la interesada en cuanto al tratamiento discriminatorio que se daba a las personas con enfermedad mental en la publicidad del espectáculo denominado "*Circo de los Horrores*", pero también se afirmó que la Ley 1/99, de 31 de marzo, sobre atención a las personas con discapacidad en Andalucía, no les permitía iniciar procedimiento sancionador en este tipo de situaciones, por lo que abundando en la necesidad de aclarar las actuaciones administrativas necesarias para atajarlas, aludían a la inclusión de un precepto específico que prevenga contra la publicidad y los espectáculos lesivos para la dignidad de las personas, en el texto de la nueva ley que sobre esta materia se está elaborando, a efectos de adaptar la regulación existente a la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad.

Por otro lado, advertían de que en todo caso, a la vista del itinerario de representación del espectáculo por el territorio de otras Comunidades Autónomas, la competencia sancionadora se residenciaría en el ámbito de la Administración del Estado, de acuerdo con lo previsto en el art. 94 del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, que aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

Teniendo en cuenta lo expuesto, nos dirigimos a la Defensora del Pueblo del Estado en aras de la cooperación y coordinación de funciones establecidas entre ambas Instituciones, a los efectos de que tomara conocimiento de este asunto e iniciara la investigación correspondiente, si lo estimaba oportuno.

El trabajo de la Comisión Técnica de seguimiento de la Guía de intervención en procesos de jurisdicción civil relativos a personas con discapacidad derivadas de distintos tipos de problemas psíquicos, también es un aspecto muy destacable de la labor ordinaria de esta Institución, pues desde hace algunos años viene desarrollando sus funciones en esta Oficina, con la vista puesta en la resolución de casos paradigmáticos de difícil solución, y la adecuación de los recursos atendiendo a los perfiles.

Pues bien durante el pasado ejercicio se llevó a cabo una actualización de dicha guía, en forma de Propuesta de coordinación en los procesos de incapacitación relativos a personas con discapacidades psíquicas, la cual fue objeto de presentación en sendas Jornadas que tuvieron lugar en Jaén y Sevilla.

Con fundamento en la experiencia así atesorada, por parte de este grupo de trabajo se ha invocado la necesidad de incrementar los niveles de coordinación, principalmente entre los Servicios Sociales Comunitarios, los servicios sanitarios de Atención Primaria y de Salud Mental, y los Servicios de Atención a las Drogodependencias, así como la de mejorar el conocimiento de las distintas redes y la formación del conjunto del personal para la intervención coordinada sobre los casos complejos, que ayude a la consolidación de un modelo comunitario orientado a la recuperación de las personas y no a su aislamiento institucional.

Al mismo tiempo, se pone el acento en la necesidad de reforzar la dotación y funcionamiento de los recursos existentes, garantizando una distribución territorial equitativa, y de crear estructuras residenciales más específicas para personas con Trastornos Mentales Graves, asociados con factores de complejidad, como son el deterioro cognitivo y la desorganización conductual, la presencia de conductas disruptivas graves y el consumo de sustancias.

En este orden de cosas, tenemos que hacer mención a la creación de un protocolo general de colaboración entre la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, la Consejería de Justicia e Interior, la Federación Andaluza de Municipios y Provincias, el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, el Defensor del Pueblo Andaluz y el Comité de Entidades representantes de Personas con Discapacidad, para la mejora de la coordinación y atención a las personas con discapacidad en situaciones de dificultad y apoyo de las mismas en los procesos de incapacitación, que se dirige a generalizar la experiencia de la Comisión aludida al resto de las provincias, y a crear una comisión regional que vele por el buen funcionamiento de estos grupos de trabajo.



01.X.3

Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones

Por lo que se refiere a actuaciones de oficio, a continuación se relacionan las que han sido iniciadas a lo largo del año:

- **Queja 14/1414**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, relativa a las modificaciones introducidas por la nueva Guía de Reproducción Humana Asistida en el SSPA.
- Queja 14/1944, dirigida a la Dirección General de Personas con Discapacidad, de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, sobre problema surgido con la asignación de tutela.
- **Queja 14/2535**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, sobre imposibilidad de llevar a cabo una técnica fundamental para el tratamiento del ictus durante los fines de semana.
- **Queja 14/3235**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, relativa a los tiempos de respuesta asistencial en intervenciones quirúrgicas no sometidas a garantía de plazo.
- **Queja 14/4653**, dirigida a la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, relativa a las medidas de prevención contra el ébola en la Comunidad Autónoma Andaluza.
- **Queja 14/5475**, dirigida al Distrito Sanitario Metropolitano de Granada, relativa a la ausencia de pediatras en el consultorio de Ventorros de San José (municipio de Loja).
- **Queja 14/5665**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, sobre tratamientos innovadores para la hepatitis C.

Con respecto a la colaboración de las Administraciones con esta Institución la misma ha sido aceptable. No obstante, a continuación se destacan las resoluciones dictadas por el Defensor que no han obtenido la respuesta colaboradora de las Administraciones Públicas a tenor del artículo 29.1 de la Ley 9/1983, del Defensor del Pueblo Andaluz:

- Resolución relativa a liquidación asistencia sanitaria de parto y estancia hospitalaria de la recién nacida dirigida a la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en el curso de la queja 12/3838.
- Resolución relativa a cambio de medicación injustificada a paciente con hemofilia dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultado en Salud en el curso de la **queja 12/4876**.
- Resolución relativa a la denegación de uso especial de pirfenidona a paciente con trombosis pulmonar idiopática dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultado en Salud en el curso de la **queja 13/4716**.
- Resolución relativa a la liquidación por atención en urgencias a afiliado de Isfas tras mala información al respecto dirigida al Hospital de Puerto Real en el curso de la **queja 14/238**.