



Por lo demás, la estructura de este capítulo del Informe presenta un esquema similar al de años anteriores, aunque existan apartados que puedan o no aparecer en función de la relevancia que la materia a la que afectan haya podido tener en el período anual de referencia.

1.10.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.10.2.1 Salud Pública

En el marco de las actuaciones de prevención y promoción de la salud destaca singularmente la de administración de **las vacunas**, cuya gestión viene discutiéndose en los últimos tiempos en algunos aspectos.

En el Informe correspondiente al ejercicio de 2016 dimos cuenta de la problemática suscitada en relación con la vacuna de la tosferina, y apuntamos la que se iniciaba con respecto a la vacunación frente al neumococo, pues la decisión administrativa de incluirla en el calendario vacunal para los nacidos a partir del 1 de octubre de 2016 generó malestar entre quienes habían sido padres antes de esa fecha y, cumpliendo las recomendaciones de los pediatras de sus hijos, les procuraron las dosis correspondientes cuando conforme a dicho calendario procedía, haciendo frente necesariamente a su coste.

Conscientes de que la prestación se introduce en la cartera de servicios del sistema sanitario público en un determinado momento, algunos ciudadanos acudieron a esta Institución para solicitar que los menores que hubieran recibido alguna dosis de la manera antes descrita, pudieran recibir el resto de las que determina el calendario en sus momentos temporales oportunos, aún cuando hubieran nacido con anterioridad a la fecha señalada.

Entendían que de otra forma la Administración Sanitaria estaría incurriendo en una actitud discriminatoria y vulneradora de los derechos de estos menores, que podían perfectamente ser vacunados en sus centros de salud de las dosis restantes, evitando así el sacrificio económico que la administración privada de la vacuna entraña, razón por la que muchos menores se habían visto desprotegidos.

Afortunadamente la decisión inicial de vacunar exclusivamente a los niños nacidos a partir del 1 de octubre de 2016 resultó modificada, una vez que desde la Administración Sanitaria se valoró la necesidad de alcanzar los niveles deseados de cobertura con el fin de procurar la protección indirecta de la población no vacunada, y a este fin se procedió a recomendar la vacunación de todos los niños/as nacidos desde el 1



de enero de 2016, la cual al parecer comenzó a llevarse a cabo a partir del 3 de abril de 2017.

Se apuntaba también en el informe recibido desde la Consejería de Salud, que se habían dirigido instrucciones a los centros sanitarios para la captación de los niños/as no vacunados nacidos a partir del 1 de enero de 2016, por lo que confiando en que así hubiera ocurrido en la mayoría de los casos, advertimos no obstante a los interesados de la posibilidad de solicitar, de lo contrario, la aplicación de las dosis que les faltaran.

Considerando por nuestra parte que de esta forma se estimaba su pretensión y se solucionaba el problema que planteaban, concluimos nuestras actuaciones en el expediente, aunque lógicamente la medida referida no satisfizo a todos, puesto que el momento en que se adoptó y comenzó a aplicarse no impidió que algunos padres adquirieran privadamente las dosis que sus hijos necesitaban con posterioridad al 1 de octubre de



2016, y se sintieran castigados precisamente por su preocupación y responsabilidad en la protección de sus hijos, traducida en un importante esfuerzo económico que no fue resarcido.

Con todo, las incidencias concretas en la administración de diferentes vacunas también fueron objeto de queja, principalmente por causa de **desabastecimientos puntuales** (queja 17/0763, queja 17/1392 y queja 17/4753).

Por lo que se refiere al anuncio de incoación de queja de oficio para el seguimiento de la implantación del **programa de cribado de cáncer de colon**, que introdujimos en el Informe correspondiente a 2016, tenemos que decir que dicha iniciativa se ha materializado (**queja 17/4786**), y que nos encontramos pendientes de recibir el informe requerido a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS.

Y es que cumplidos tres años desde la entrada en vigor de la Orden SSI/2665/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, y siendo conscientes del contenido de su disposición adicional segunda, -que prevé sendos plazos para comenzar la implantación del programa (5 años) y alcanzar la cobertura total del mismo (10 años)-, nos hacemos nuevamente eco de las informaciones difundidas por la AECC que sitúa a la Comunidad Autónoma Andaluza entre las regiones con menor nivel de cobertura del cribado y solicita que se agilicen los plazos de implantación por el beneficio que aquel incorpora en vidas y ahorro de sufrimiento.

De esta manera, nos hemos interesado por el porcentaje de población atendida en relación con la población diana, los centros de salud donde se viene desarrollando y el nivel de aceptación, los resultados obtenidos, y las previsiones para alcanzar la total cobertura geográfica y poblacional (todo el rango de edad de la población diana), con indicación del cronograma.

1.10.2.2 Atención Primaria

Según la "Estrategia para la renovación de la atención primaria", a pesar del alto nivel de satisfacción de los ciudadanos con esta asistencia y del buen resultado que arrojan las comparaciones internacionales, *"existe un consenso implícito entre profesionales, gestores y políticos de que la atención primaria no va bien"*.

También paradójicamente, a pesar de que muchas veces nos gana la misma impresión, la Atención Primaria se configura como el nivel asistencial que resulta **menos cuestionado en las quejas de los ciudadanos**, pues el número de las recibidas se sitúa muy lejano respecto de las registradas en relación con la asistencia especializada y es también inferior a las que provoca la atención sanitaria de urgencias.

La importancia que reviste este nivel no hace falta destacarla, puesto que constituye la puerta de entrada al sistema y se configura como paso imprescindible de cualquier proceso asistencial, con singular incidencia en el correcto devenir del mismo.

Nuestra apreciación continúa siendo la misma que reflejamos el año pasado, en cuanto a que muchos problemas clásicos de la atención primaria persisten, y quizás el hecho de que habitualmente se denuncien por los propios profesionales (masificación de las consultas, falta de sustitución de los permisos y vacaciones,...), en la medida en que los conflictos que les afectan se recogen en otro apartado de este Informe, es lo que permite explicar la escasa relevancia cuantitativa de las quejas en este apartado.

No obstante, si eleváramos las reclamaciones recibidas a rango de generalidad, tendríamos que decir que en la actualidad los ciudadanos perciben problemas a la hora de que se les dispense atención domiciliaria (**queja 16/6922**, queja 17/1683 y queja 17/4329), discrepan de la negativa a ser derivados para atención por especialistas (queja 17/3098, y queja 17/2879), encuentran dificultades para ser asistidos como desplazados (queja 17/1692 y queja 17/5348), solicitan que se sustituyan las bajas prolongadas de los profesionales (queja 16/3184) o protestan por la demora en las citas (queja 16/5890), aparte de mostrar en ocasiones clara disconformidad con la atención proporcionada (queja 17/1677).



La actuación de los facultativos de atención primaria también se esgrime a veces en el marco de las denuncias sobre mala praxis asistencial, en tanto que se achaca a la misma la producción de efectos lesivos para la salud, relacionados sobre todo con la incidencia de aquella en la demora con que se alcanza el diagnóstico de enfermedades graves, y la pérdida de oportunidades que ello entraña para su tratamiento, con afectación del pronóstico.

1.10.2.3 Atención Especializada

Por contra, las quejas relacionadas con el proceso asistencial en el ámbito de la atención especializada son mucho más numerosas y ello sin contar con las relativas a la demora en la asistencia, cualquiera que sea su modalidad (consultas, pruebas, intervenciones,...), que se analizan en un apartado específico de este informe dedicado a los tiempos de respuesta asistencial.

Al margen de las que normalmente agrupamos en torno a la modalidad de la prestación que se dispensa, como pudieran ser las relacionadas con tratamientos de rehabilitación o la prestación de técnicas de reproducción asistida, que también se contabilizan en cierto número durante el pasado ejercicio, aunque sin novedades significativas (a salvo de la **Resolución** emitida en la queja 16/3934); la mayoría de las referidas al nivel de la atención especializada podrían diferenciarse en dos grandes grupos: las que afectan a la **gestión de la asistencia**, con reflejo en los procedimientos que conducen a recibirla; y las que expresan **discrepancia con el contenido de las actuaciones sanitarias** o reivindican atenciones adicionales y medios alternativos.

Entre las primeras encontramos protestas por una cita equivocada (queja 16/6084), porque no se obtiene cita con el especialista (queja 16/5881), o bien porque se anula la que ya se había adjudicado sin más explicaciones (**queja 16/6244**), porque el paciente se ve obligado a reclamar previamente para la fijación de revisiones periódicas (**queja 16/5148**), o por suspensión de una prueba (queja 17/0208), como ejemplos de las muy diversas incidencias que pueden afectar al itinerario formal del proceso asistencial.

Entre las segundas las hay que expresan insatisfacción con la asistencia recibida, entendiéndola inadecuada o insuficiente para proporcionar solución a la dolencia de que se trate (inadecuado tratamiento de la degeneración macular en la queja 17/4864, sin alternativa terapéutica para dolencia en el hombro en la queja 17/1916, no se siente adecuadamente atendido respecto a sus padecimientos en la queja 17/2986, o no le hacen pruebas y sigue enfermo en la queja 17/3296); y las que piden abiertamente otras pruebas diagnósticas (las recomendadas por un facultativo privado para confirmar el síndrome de fatiga crónica en la queja 17/1389), acceso a otros tratamientos (bloqueo epidural para paliar dolor insoportable de espalda en la queja 17/1912), derivaciones a otros centros (rechazo de su derivación a otro hospital para valoración previa a cirugía bariátrica en la queja 16/6175), concretas intervenciones quirúrgicas (reducción de mamas en la queja 16/5462), e incluso prestaciones dudosas desde la perspectiva de la cartera de servicios (lentes bifocales en intervención de cataratas en la queja 17/3009, o tratamiento quirúrgico-ortodóncico en la queja 16/6979).

Con todo queremos destacar aquellas que evidencian obstáculos en el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades oncológicas, de las cuales recibimos algunas durante el pasado ejercicio con planteamientos muy concretos, entre los cuales sobresale la **percepción de retraso en el acceso a los tratamientos de radio y quimioterapia**.

1.10.2.3.1 Autorización para derivaciones a centros ajenos al sistema sanitario público de Andalucía

En el Informe correspondiente a 2016 ya dimos cuenta de dos planteamientos nuevos de autorizaciones para recibir asistencia en hospitales pertenecientes a otras Comunidades Autónomas. En concreto en la **queja 16/4896** el interesado nos informaba de la negativa que se le había trasladado desde su hospital de referencia a que continuara las revisiones semestrales de su patología de glaucoma en el hospital San Carlos de Madrid, mientras que en la queja 16/6619 la interesada requería igualmente la derivación de



su hermana, avalada por su especialista de referencia, para que pudiera ser atendida en el hospital Vall d' Hebrón de Barcelona, al objeto de clarificar su diagnóstico de Síndrome de Fatiga Crónica.

La tramitación de ambas quejas se ha llevado a cabo durante 2017, y este ejercicio nos ha traído un nuevo expediente sobre este particular, en concreto la queja 17/0645, que incorpora la petición de la interesada para tratamiento de su hijo de corta edad, afectado por la enfermedad de Cornelia de Lange, en un hospital de referencia para la misma ubicado en Zaragoza.

Significativamente, y contrario a la tendencia marcadamente restrictiva en relación con este tipo de iniciativas, los informes recibidos en estos casos muestran que las tres solicitudes han tenido favorable acogida. Así, en el primero el propio interesado nos comunicó que había reanudado sus revisiones en el mismo hospital donde venía siendo atendido desde que se detectó su dolencia de glaucoma congénito, en el segundo la hermana de la interesada acudió a consulta en el hospital Vall d' Hebrón, aunque para ello hubo que cambiar la presunción diagnóstica (de síndrome de fatiga crónica a esclerosis múltiple, porque la primera no estaba incluida en el SIFCO); y en el tercero se autorizó la valoración del hijo de la interesada en el hospital universitario Lozano Blesa de Zaragoza, a pesar de considerar que su enfermedad resulta tratable dentro del SSPA, teniendo en cuenta a estos efectos la falta de confianza expresada por los padres del paciente, y la dilatada experiencia del centro aragonés en esta patología.

1.10.2.3.2 Atención al Ictus

En el marco del seguimiento de las medidas adoptadas para dar cumplimiento a la Sugerencia emitida en la [queja 14/2535](#), sobre unidades de referencia para el tratamiento del ictus, nos vimos en la necesidad de solicitar la emisión de un nuevo informe, a la vista de las informaciones recibidas por algunos profesionales interesados en el tema, que seguían poniendo de manifiesto demora en algunas localizaciones para el acceso a la terapia de elección en determinados casos para el afrontamiento de la enfermedad.

Interesa recordar que la existencia de unidades de referencia implica la disponibilidad de radiología neurointervencionista durante las **24 horas, todos los días del año**, y que la respuesta administrativa a la propuesta realizada desde esta Institución incluía el aumento de la dotación de este tipo de unidades, desde las dos inicialmente existente, hasta un número de cinco.

Nuestro interés por tanto se centraba en conocer dónde iban a ubicarse las dos restantes, puesto que contando con las de Córdoba y Cádiz, se anunciaba la inminente puesta en marcha de la de Sevilla; y cuál iba a ser el ámbito territorial de cobertura de cada una, entre otras cosas.

Un especialista neurólogo de un hospital malagueño abundó en este tema ([queja 17/1553](#)), poniendo de manifiesto la discriminación que a su entender padecían los [ciudadanos del entorno de Málaga](#), por la imposibilidad de llevar a cabo en sus centros la terapia endovascular de preferencia para los ictus de naturaleza isquémica, con la pérdida de tiempo asociada a la necesidad de desplazamiento de este tipo de pacientes al hospital Reina Sofía de Córdoba.

El interesado se manifestaba en los siguientes términos: *“este tratamiento se lleva realizando en toda España desde hace varios años con magníficos resultados, difundidos en revistas o congresos médicos, pero en Andalucía sólo existe el servicio en Sevilla, Córdoba, Cádiz y Granada. En Málaga, y en concreto en nuestro centro, se ha diseñado un Protocolo de Actuación perfectamente estructurado y detallado que ha sido entregado a la Dirección Médica hace ya casi 6 meses, y aún no hemos obtenido respuesta eficaz.*

Hemos visto numerosos pacientes jóvenes quedar hemipléjicos para el resto de su vida por esta carencia. Es incomprensible que una población como la nuestra no pueda beneficiarse de una terapéutica eficaz y contrastada para cuya implantación la administración está sistemáticamente “dando largas”.

No sabría con palabras cómo transmitirle el estrés y ansiedad que esto nos ocasiona en las guardias de neurología, cuando ni todo el esfuerzo de los profesionales que atienden al paciente puede proporcionarle el tratamiento que precisa para seguir viviendo.



Nos tememos que finalmente este proceso se ponga en marcha sólo cuando se dé una denuncia judicial de familiares de pacientes, hacia la administración o sus representantes en el centro, por no haber puesto en marcha un tratamiento que desde hace meses o incluso años disfrutaban enfermos de otras provincias”.

Pues bien a la fecha de emisión del informe requerido a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS (julio de 2017), al parecer la unidad de referencia de Málaga era la única de las cinco previstas que quedaba por constituirse con los medios necesarios para poder llevar a cabo la terapia endovascular referida fuera del turno ordinario de mañana en día laborables, aunque se preveía que pudiera contar con los mismos en el transcurso del año. Esta misma información se nos suministró con ocasión de las actuaciones de seguimiento practicadas en la queja 14/2535.

Tintes propios sin embargo presenta la reclamación que en relación con la atención al **ictus en la provincia de Huelva**, presentó la Asociación “Huelva por una Sanidad Digna”, en la medida en que los déficits que denuncian aparecen en muchas ocasiones relacionados con la discutida unificación de los hospitales de la capital, aunque en la misma también subyace la carencia de unidad de ictus.



Así en la comunicación que da pie a la queja 17/0865 se nos dice que el Complejo hospitalario de Huelva carece de neurólogo de guardia de presencia física o localizada, por lo que la atención de la patología que consideramos fue asumida desde la UCI, y aunque el servicio de neurología y el de radiología participaron en la elaboración de la guía de práctica clínica de atención al ictus en el hospital, tras su estancia en la UCI durante 24-48 horas, los pacientes pasaban a una planta de neurología convencional y no a una unidad de ictus en la que se lleva a cabo un seguimiento mucho más completo.

Se afirma por la Asociación promotora de la queja que desde la fusión hospitalaria llevada a cabo en la provincia, la atención al ictus se ha deteriorado, hasta el punto de entender que en la actualidad se está sustrayendo a la población de los beneficios de una atención temprana e integral, a cuya demostración aporta los siguientes argumentos:

1. El servicio de neurología se ha trasladado al hospital Infanta Elena, mientras que el de neurocirugía permanece en el hospital Juan Ramón Jiménez porque los quirófanos del primero no cumplían las condiciones de bioseguridad necesarias para este tipo de intervenciones, pero el concurso de los neurocirujanos es necesario en muchos casos de ictus (muchos ictus hemorrágicos, y otros supuestos), por lo que al parecer ya se ha dado el caso de tener que trasladar a pacientes, incluso varias veces, de un centro a otro, demorándose dicho desplazamiento varias horas, a la vista de la ausencia de una UVI móvil exclusiva para traslado en la provincia.
2. Por causa de la separación arriba mencionada, hay unidades de emergencia extrahospitalarias (061, DCCU,...) que no saben a dónde deben llevar al paciente, teniendo en cuenta además que hasta que no se realiza el TAC no se determina el tipo de ictus, por lo que en muchas ocasiones es cuestión de suerte que el paciente ingrese en el centro que le permita un tratamiento correcto.
3. La falta de una unidad de ictus, con capacidad para reducir la mortalidad y las secuelas, pues la misma disminuye la morbimortalidad de pacientes con cualquier tipo de ictus, no solo los sometidos a trombolisis, ganando importancia las medidas relacionadas con los cuidados (posición de la cama, control estrecho de glucemia,...).
4. El apoyo de la UCI es fundamental, pero los profesionales de la misma en el hospital Infanta Elena tiene muy poca experiencia en estas patologías, porque llevan mucho tiempo siendo atendidas en el hospital Juan



Ramón Jiménez, por lo que es posible que se den resultados no deseados durante su curva de aprendizaje, habiéndose negado a alguno el reciclaje en otro centro de excelencia en esta materia.

5. Hay muchos pacientes con ictus que ingresan en el hospital Juan Ramón Jiménez, que una vez atendidos de manera urgente no pueden ser trasladados a la unidad de neurología del hospital Infanta Elena por la insuficiencia de camas en el mismo en relación con la demanda, por lo que se asumen por el servicio de medicina interna y no son atendidos por neurólogo, previéndose que este especialista acuda al hospital Juan Ramón Jiménez a demanda de los internistas solamente un día a la semana.

6. Muchos pacientes con ictus precisan estudio y tratamiento de cardiología, pero el servicio de esta especialidad que se encontraba en el hospital Infanta Elena se ha trasladado al hospital Juan Ramón Jiménez, retrasándose dicha valoración e incrementándose los traslados intercentros, que aumentan el riesgo de recidiva.

7. Inexistencia de servicio de radiología vascular para realizar procedimientos de trombectomía, teniendo que ser trasladados los pacientes a Sevilla, con el problema añadido de los retrasos de la ambulancia de traslados intercentros, lo que lleva a que no se beneficien de la técnica en el tiempo preciso.

8. Imposibilidad de realizar TAC de perfusión en el hospital Infanta Elena (por carencia de software) para determinar la gravedad del daño cerebral y decidir la alternativa terapéutica.

9. La ubicación del servicio de neurología en el hospital Infanta Elena presenta dos grandes problemas, por un lado la falta de aseos adaptados en las habitaciones, y las escasas dimensiones de las mismas que impide el acceso de un carro de paradas; y por otro lado la distancia al gimnasio del servicio de rehabilitación, el cual está situado en otro edificio, no permitiendo que los pacientes se beneficien de la rehabilitación temprana, la cual se reduce en estos casos a cambios posturales que llevan a cabo los fisioterapeutas que suben a planta.

En resumidas cuentas la interesada trae a colación los datos del informe de fiscalización de la Cámara de Cuentas (2014), que evidencian en dicho período temporal un número de 951 diagnósticos de ictus en la provincia, siendo isquémicos 568 (60%), hemorrágicos 154 (16%) y AIT 229 (14%), contabilizándose exclusivamente 14 tratamientos fibrinolíticos.

En cuanto a la cronas para llegar al hospital de referencia (Virgen del Rocío) se sitúan teóricamente en 58 minutos (92 km) desde el complejo hospitalario de Huelva, y 1:10 minutos (88 km) desde el hospital de Riotinto, aunque la interesada apunta que las mismas no se cumplen habitualmente.

Por su parte el informe que en la tramitación de este expediente nos ha remitido el SAS alude al **compromiso actual de creación de una unidad interdisciplinar de ictus**, el establecimiento de guardias de neurología de 24 horas, la existencia de un mecanismo de coordinación adecuado con el hospital Virgen del Rocío para el desplazamiento al mismo de los pacientes que necesiten terapia endovascular, con disponibilidad de una ambulancia de traslados, y la próxima realidad del TAC de perfusión, para cuyo funcionamiento se está desarrollando el software necesario.

Al mismo tiempo se niega relevancia a las consecuencias que pudieran derivarse de la diferente ubicación de los servicios, y se apunta un incremento exponencial de los pacientes que han sido sometidos a fibrinólisis.

En último término se nos explica que la distribución de la cartera de servicios entre los centros se ha estudiado por un grupo integrado por todos los sectores interesados y, a la fecha de emisión del informe, la propuesta final aún estaba pendiente de aprobación por la mesa sectorial.

Con esta perspectiva la Asociación interesada saluda positivamente algunos de los anuncios realizados, aunque destaca que aún no se hayan materializado, y mantiene por otro lado algunas de las discrepancias iniciales, por lo que desde esta Institución entendemos necesario asistir a la definitiva configuración de la cartera de servicios de cada centro en el marco del proceso de reversión de la fusión hospitalaria, así como efectuar el seguimiento de la efectiva aplicación de las medidas que se han expuesto.



1.10.2.4 Atención Sanitaria de Urgencias

La atención de urgencias se define como la que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata, y se lleva a cabo tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día.

La preocupación de la ciudadanía en cuanto a su buen funcionamiento siempre se ha traducido en el planteamiento de quejas, bien por situaciones individualizadas en las que se cuestiona su idoneidad, bien por déficits generalizados de medios en su prestación, tanto en el ámbito hospitalario, como últimamente con mayor frecuencia, en el extrahospitalario.

La estrecha vinculación que presenta esta modalidad asistencial con las situaciones de mayor riesgo para la salud y la vida, convierten a los dispositivos encargados de dispensarla en bienes muy apreciados, por lo que normalmente la sensibilidad individual y colectiva hacia los mismos se manifiesta de forma acusada.

1.10.2.4.1 Urgencias Extrahospitalarias

Así lo venimos observando en el ámbito de las urgencias extrahospitalarias, sobre todo en el medio rural, en el que la dependencia respecto de los medios de los que hablamos, en situaciones de riesgo inmediato para la salud, se evidencia con más claridad.

La problemática vinculada a la atención sanitaria de urgencias en la **sierra Sur de Sevilla**, por lo que hace en concreto a la localidad de Badolatosa y otros pueblos de la zona, viene sucediéndose año tras año, con discretos avances conseguidos por la actitud reivindicativa de sus habitantes, y queremos pensar que también, por las medidas propuestas en las resoluciones emitidas desde esta Institución (queja 11/0500, queja 12/2994 y queja 12/2995).

En el Informe correspondiente al año 2016 reflejamos el estado de la cuestión, partiendo de la posibilidad de que la población de este área fuera atendida en el punto de urgencias de Jauja, a lo que se añadía la de utilización de la ambulancia ubicada en este último para la realización de los desplazamientos que fueran necesarios al hospital de Osuna, de forma coordinada con uno de los equipos móviles del punto de atención urgente de Estepa, llamado a completar el traslado tras la recogida del paciente en una localización convenida entre ambos.

Ahora bien durante 2017 tramitamos otros tres expedientes (queja 16/2515, queja 16/2880 y queja 16/2881) que ponían en entredicho la sistemática descrita, pues tras demandarse atención sanitaria urgente en situaciones de diverso nivel de gravedad (corte profundo en el brazo de una menor, ictus e intento de autólisis), y acudir por los pacientes al mencionado punto de atención urgente de Jauja al objeto de recibir aquella, los desplazamientos que se hicieron necesarios al hospital de Osuna implicaron diversos períodos de espera del recurso correspondiente enviado desde Estepa, a pesar de que la ambulancia asistida ubicada en Jauja se encontraba disponible, e incluso aparcada en la puerta del consultorio.

Por los informes remitidos en estos casos pudimos conocer que durante dos años los traslados al hospital de Osuna de los pacientes de la zona no han implicado la utilización de la ambulancia que consideramos y las situaciones que se nos trasladan constituyen buena prueba de ello, de manera que solamente desde octubre de 2016 se ha establecido que se inicien los desplazamientos con la ambulancia de Jauja y se haga la transferencia del paciente a otra proveniente de Estepa en un punto del recorrido.

Desde esta Institución hemos remitido a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud una nueva **Resolución**, la tercera sobre este asunto, a la que dicha unidad administrativa ha respondido aludiendo a la creación de una alianza estratégica entre las áreas de gestión sanitaria de Osuna y Sur de Córdoba para la prestación de atención urgente a los ciudadanos de Jauja, Badolatosa, Corcoya y Casariche desde el punto de atención urgente ubicado en la primera localidad.

Tras la explicación de los medios destinados a tal fin y los horarios de disponibilidad de los mismos, por lo que hace a los traslados medicalizados de pacientes al hospital de Osuna, se acuerda que preferentemente



se realicen por un dispositivo móvil adscrito al centro de salud de Estepa con el fin de garantizar la cobertura de la zona, aunque en los casos de prioridades 1 y 2 se establece la posibilidad de que el desplazamiento se inicie con la ambulancia de Jauja y que el paciente se transfiera a otra adscrita a Estepa en un punto a determinar, en función de la posición y las cronas de los dispositivos intervinientes.

Al mismo tiempo se nos indica que al cumplirse un año de activación de la alianza referida se evaluará de nuevo la situación, a pesar de lo cual manifiestan que permanecen constantemente atentos a las incidencias que puedan surgir.

La asistencia extrahospitalaria urgente se organiza conforme a parámetros poblacionales, así como distancias y medios de comunicación, de manera que con carácter fijo se ubica en determinados puntos de la zona básica de salud, y se complementa con equipos móviles que se activan desde los centros de comunicaciones conforme a la calificación de prioridad que reciba la demanda de atención.

Las denuncias relacionadas con la insuficiencia de los medios puestos al servicio de la atención sanitaria urgente en una determinada localidad se suceden año tras año, fundamentalmente protagonizadas por asociaciones o plataformas vecinales expresamente constituidas con esta finalidad, pero también por autoridades locales o simples ciudadanos que, con explicación de las circunstancias específicas de la zona (localización geográfica, déficit de comunicaciones, incremento de población en la época estival,...), **reclaman la ubicación en la misma de un punto de atención continuada**, al objeto de que la atención sanitaria se desarrolle en proximidad durante las 24 horas.

Así durante el ejercicio de 2017 asistimos a las reivindicaciones realizadas en este sentido para las localidades de **Manilva** (queja 16/4546), **Churrana** (queja 17/0836) o **Peñaflor** (queja 17/3077), mientras que en otros casos la solicitud se dirige a la dotación de dispositivos móviles tipo ambulancias asistidas, como por ejemplo la que incorpora la queja 17/6048 para la atención de las localidades de **Castell de Ferro** y **la Mamola**, la petición de uso exclusivo de dos ambulancias asistidas para la población de **Antequera** (queja 17/4325), o la de incorporación de los tres equipos móviles que se estiman necesarios para dar asistencia a la población de la sierra de Huelva (queja 17/0849), evitando que las situaciones de mayor nivel de prioridad provoquen el desplazamiento de los facultativos de atención primaria de los centros de salud y consultorios de la zona, abandonando sus consultas por un tiempo que puede llegar a ser prolongado si se determina la necesidad de un traslado asistido al hospital.

Es sabido que el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias ha elaborado un plan de mejora de las urgencias del SSPA, que prevé el análisis de los servicios de urgencia de atención primaria teniendo en cuenta aspectos como la población de cobertura, horario, estructura física, recursos materiales y personas dedicadas.

Desde que en el informe de respuesta emitido por la Administración Sanitaria a las Recomendaciones formuladas en la queja 16/2515 anteriormente mencionado, se nos dijo que dicho análisis se encuentra en fase de implantación y control no hemos vuelto a tener más noticias sobre este tema, desconociendo en qué estadio se encuentra actualmente este proceso.

A la vista de la reiteración que presenta esta reclamación, que salpica todo el ámbito rural de nuestra Comunidad Autónoma, nos planteamos la **necesidad acuciante de que dicha evaluación se complete**, así como que decididamente se establezcan parámetros que resulten más favorables para la dotación de medios en dichas localizaciones, bien por incremento del número de unidades fijas, bien por la de dispositivos móviles, ampliaciones de horario, zonas de cobertura, etc. promoviendo la reducción de los tiempos de asistencia, sobre todos para los mayores niveles de prioridad de las demandas, de manera que desaparezca el sentimiento de peligro y riesgo que actualmente predomina entre sus habitantes.

1.10.2.4.2 Urgencias Hospitalarias

La actividad de la Institución en este subapartado tradicionalmente se reparte, al igual que en el anterior, en el examen de episodios concretos donde la demanda de atención sanitaria urgente se ve afectada por la demora, o bien no se considera suficiente o idónea para dar respuesta al motivo que determina la comparecencia en el servicio, lo que obliga a reconsultar prematuramente.



Por otro lado también se han denunciado problemas estructurales, ceñida la denuncia a diferentes centros hospitalarios del SSPA, aunque la participación de la Institución en el estudio sobre “Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: Derechos y Garantías de los pacientes”, nos permitió **identificar los principales puntos de conflicto** y elevar a la Administración Sanitaria Andaluza algunas de sus Recomendaciones.

A resultados de lo anterior aquélla adoptó la iniciativa del Plan de mejora de las urgencias, al que más arriba hemos hecho referencia, y aunque se nos ha indicado que el mismo ya se ha completado y la evaluación arroja elevados niveles de cumplimiento de las medidas propuestas, ello no evita que este tipo de planteamientos genéricos continúen.



Por ejemplo el pasado año recibimos, a través del comunicado que nos trasladó una Alcaldesa de la zona de influencia del hospital de Riotinto (queja 17/3688), la reclamación encabezada por los profesionales del servicio de urgencias de dicho centro, que incluía circunstancias afectantes a la distribución de los espacios asistenciales, las dotaciones de medios materiales y de personal, y la propia organización del servicio, que al modo de ver de los trabajadores están repercutiendo negativamente en la calidad asistencial, impidiendo que se pueda proporcionar una atención adecuada.

Desde la Institución nos interesamos por las **actuaciones llevadas a cabo en relación con el hospital de Riotinto** en el marco del plan de mejora de los servicios de atención de urgencias de los hospitales, incluyendo el informe elaborado por el Plan Andaluza de Urgencias y Emergencias (PAUE) sobre la situación del servicio de urgencias del hospital y las recomendaciones realizadas, así como las mejoras implementadas en base a las mismas (medidas puestas en marcha, grado de cumplimiento y resultados).

El informe recibido del área de gestión sanitaria norte de Huelva da cuenta de la reunión mantenida con los profesionales del servicio a fin de que expusieran los motivos de su preocupación, y se alude a la problemática suscitada en cuanto al espacio y la plantilla, las medidas adoptadas en este campo, y sobre todo en relación con la organización asistencial, las cuales aún tenemos que valorar al objeto de adoptar una resolución definitiva sobre este expediente.

Por lo que hace a las experiencias individuales de atención que siguen a la demanda de **asistencia urgente en los centros hospitalarios** del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), merece la pena destacar la que ha motivado la iniciación de oficio del expediente de **queja 17/6790**.

Y es que tuvimos conocimiento a través de diversos medios de prensa escrita del fallecimiento de una paciente en las dependencias de un servicio de urgencias, el cual aparecía cualificado por el largo período de tiempo (más de doce horas) que permaneció sin recibir asistencia, al parecer porque tras la retirada de la auxiliar que la acompañó en el desplazamiento en ambulancia desde el centro de mayores en el que residía, se quedó sola, y no escuchó, o bien no pudo responder a los llamamientos realizados para que acudiera a consulta, considerándose entonces por el hospital que se había ausentado voluntariamente.

Al margen de la mayor o menor incidencia que la asistencia debida hubiera podido tener en relación con el desenlace, **nos preocupa la descoordinación** que los hechos relatados parecen poner de manifiesto a la hora de asistir a los pacientes que no están acompañados durante su estancia en los servicios de urgencia,



específicamente en los casos en los que los mismos son trasladados desde los centros de mayores en los que residen, cuando carecen de familiares, o mientras que los mismos son avisados y se personan en el hospital.

En relación con este asunto en la actualidad estamos a la espera de recibir los informes solicitados al centro hospitalario concernido y la Delegación territorial correspondiente de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, de forma que con seguridad podremos dar noticia del resultado de nuestras actuaciones el próximo ejercicio.

1.10.2.5 Tiempos de respuesta asistencial

Habitualmente agrupamos en este apartado todas las quejas que invocan el exceso de tiempo que preside la actuación sanitaria que ha sido recomendada en un caso determinado, ante el cual los interesados solicitan asesoramiento sobre el modo de proceder que permita agilizarlas, y pretenden nuestra intervención precisamente con este fin.

Con ser idéntico el motivo que preside la reclamación, los escenarios son diversos, puesto que concurren dos circunstancias modificativas, por un lado el tipo de actuación, y por otro el hecho de que aparezcan o no sometidas a garantía de plazo de respuesta.

De esta manera nos encontramos con intervenciones quirúrgicas, primeras consultas de especialidades, y procedimientos diagnósticos, al margen de otras actuaciones, pudiendo o no figurar en los listados de las normas que establecen la obligación de que se lleven a cabo dentro de determinados límites temporales, y por lo tanto, tener o no asociado el incumplimiento del mismo, el beneficio de poder practicarse la misma en un centro sanitario privado.

Desde hace ya algún tiempo **las quejas sobre listas de espera constituyen el aspecto más importante** que motiva la comparecencia de la ciudadanía ante esta Institución, y en los últimos años esta posición se ha acrecentado, puesto que los tiempos de respuesta asistencial son los ratios que resultan más evidentes, en la medida en que son objeto de publicación anual.

Con todo, vaya por delante que detectamos **una importante falta de concordancia entre las cifras publicadas y la realidad presentada** a través de las denuncias concretas que recibimos. Ciertamente quienes acuden a nosotros son los que sufren las carencias o déficits del sistema, lo que podría llevarnos a pensar la prevalencia de las primeras. Somos conscientes de que las quejas son una pequeña parte de la realidad, pero normalmente constituyen una parte representativa que ofrece pistas indudables de cómo se está comportando el sistema sanitario.

Antes de entrar en consideraciones sobre las reivindicaciones que incorporan nos parece conveniente comentar los datos sobre tiempos de respuesta relativos a junio del año pasado. En no pocas ocasiones hemos puesto de manifiesto las incidencias de la crisis económica en el detrimento de los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios, y aunque establecer relaciones de causa-efecto en este tema resulta complicado, nos bastaría con analizar exclusivamente las cifras oficiales para concluir que **no podemos atisbar en el mismo los síntomas de recuperación que se observan en otros apartados.**

El examen comparativo de los datos aludidos nos permite afirmar que los pacientes que en espera de una intervención quirúrgica han visto superado el plazo de 180 días, se han incrementado desde los 943 que existían en junio de 2016 a los 2.621 que constan en junio de 2017, mientras que el plazo medio de respuesta ha ascendido desde los 59 hasta los 66 días.

Por lo que hace a las primeras consultas de especialidades en 2016 había 3.694 pacientes que esperaban más de 60 días, al tiempo que en junio de 2017 aparecen 26.228, con especial incidencia en las especialidades de neurología y traumatología.

Por último por lo que a las pruebas diagnósticas se refiere, de 1.184 pacientes que superaban los 30 días de plazo de garantía en junio de 2016, se ha pasado a 6.501 en junio de 2017.



También en estas dos actuaciones se han incrementado los tiempos medios de respuesta, con afectación especial de los que marcan las consultas y pruebas en los hospitales de Granada, donde se elevan muy por encima de la media, lo que quizás venga determinado por la problemática suscitada a raíz de la fusión hospitalaria y la posterior reversión del proceso, aún no concluido.

En todo caso, otro año más **las quejas sobre tiempos de respuesta asistencial se elevan a una cuarta parte de las recibidas**, destacando por encima de todas las relativas a las intervenciones quirúrgicas (43), después las atinentes a citas de especialistas que no se configuran como primeras consultas (25), y en orden decreciente las que aluden a pruebas diagnósticas (22), y primeras consultas de especialidades (9). Estos números son los que reflejan las quejas nuevas que hemos recepcionado sobre esta materia, aunque el total de las tramitadas durante el pasado ejercicio ha sido mayor.

Empezando por la última de las categorías mencionadas, sin lugar a dudas nueve quejas sobre primeras consultas de especialidades no son muchas, pero a pesar de ello en algunas (queja 16/1985) hemos podido comprobar claramente la superación del plazo de garantía establecido, no pudiendo justificarse dicha circunstancia con la alegación sobre la existencia de ciertas demoras a resultas de un aumento de la demanda.

Dicha argumentación no nos parece que pueda justificar el incumplimiento de la garantía, cuya inexigibilidad solo procedería en caso de que se dieran circunstancias excepcionales que incidieran en el normal funcionamiento de los centros, fundamentando de esta manera la suspensión de aquella.

En la **Resolución** emitida en este expediente, aparte de constatar la vulneración de la norma, señalamos la consecuencia principal de dicho incumplimiento, que es la posibilidad de acudir a un centro sanitario privado para la consulta, invocando a estos efectos la necesidad de comunicar a los pacientes incluidos en la lista que los plazos de garantía se han incumplido, para que puedan ejercitar el derecho que se asocia.

En cuanto a las pruebas diagnósticas, las quejas se refieren a procedimientos de todo tipo, fundamentalmente de imagen (Tac, Rmn, colonoscopia, ecografía,...), pero no exclusivamente (holter, arteriografía, cateterismo, ergometría, Emg...).

En el Informe correspondiente al año 2016 dimos cuenta de algunas resoluciones emitidas en este asunto, cuyas respuestas hemos recibido el año pasado, dando lugar al cierre de los expedientes con la calificación oportuna.

Ahora bien llama la atención cómo en algunos casos (**queja 15/3670** y **queja 16/2773**) se trata de justificar la demora por la necesidad de priorizar atendiendo a las circunstancias concretas de cada paciente, para proceder a continuación a quitar importancia a la práctica de la prueba afirmando su innecesariedad. Así en el primer caso "por el tiempo que implica el desarrollo de la enfermedad neoplásica, teniendo en cuenta el transcurrido desde una prueba anterior con resultados de normalidad", y en el segundo "a la vista de la baja probabilidad de patología subyacente según la sintomatología".

Pensamos que no nos compete decidir sobre la relevancia de las pruebas en orden al diagnóstico y tratamiento, pero que este dato no es significativo una vez que se ordenan, pues pudiendo influir a la hora de determinar la prioridad de su realización, **no permite obviar el cumplimiento del plazo máximo**.

Uno de estos expedientes también nos ha permitido acceder al modo de proceder de los centros **cuando el paciente reclama la asistencia sanitaria privada** por incumplimiento de la garantía, si no existen centros de dicha naturaleza conveniados para que aquella pueda tener lugar. Así se nos indica que en estos casos se puede acudir a cualquier centro privado, de forma que luego se puede solicitar el pago por la vía del reintegro de gastos, con respeto, por lo que hace al abono, a las cuantías máximas establecidas en la normativa correspondiente.

La acomodación a las citas para las consultas de especialistas también es un argumento al uso cuando se aprecia superación del plazo normativamente establecido. Así se nos indica en la respuesta a la **Resolución** emitida en la queja 16/4390, donde se afirma que el tiempo para la práctica de las pruebas diagnósticas vino determinado por el momento de aquéllas, y que de haberse practicado dentro del mismo, como de



hecho podría haber sido, no habrían reflejado la situación actualizada y la evolución del paciente, obligando entonces a su repetición.

En el ámbito de la espera para las intervenciones quirúrgicas, el año pasado determinamos la conclusión de nuestras actuaciones en la [queja 16/0714](#) iniciada de oficio sobre [lista de espera para reconstrucción mamaria](#).

En general, por lo que hace a la [Recomendación](#) para la agilización de los plazos para las operaciones, tanto en primera instancia, como las sucesivas que se hagan necesarias, consideramos aceptados los términos de nuestra resolución con el anuncio de elaboración, y más aún por la publicación, de la Orden que establece la garantía de plazo de respuesta para estos procedimientos.

Ahora bien, en lo que respecta a la cartera de servicios de los centros, y aunque la Administración se limitaba a constatar que existe claridad al respecto de la misma, considerando irrelevante la disponibilidad de especialistas en cirugía plástica, teniendo en cuenta que las pacientes que lo precisen pueden ser derivadas a los centros adecuados en función de la técnica que se vaya a utilizar; por nuestra parte manteníamos dudas, en la medida en que la información proporcionada por la Administración clasificaba entre las pacientes pendientes de intervención en hospitales que no cuentan con cirugía plástica en su cartera de servicios, algunas pendientes de procedimientos quirúrgicos complejos, que por tanto estaban llamados a ser realizados por dichos especialistas.

En esta tesitura además cobraba relevancia la denuncia efectuada por [el colectivo de especialistas en cirugía plástica](#) sobre la realización de intervenciones de reconstrucción por profesionales que carecen de la competencia necesaria para ello.

De ahí que solicitáramos un informe aclaratorio de los procedimientos quirúrgicos que deben ser llevados a cabo por cirujanos plásticos y los que pueden practicarse por otros especialistas, reflejando conforme a dicho criterio los que se practican en cada centro del SSPA. En este punto también preguntamos por los conciertos suscritos a este fin y el ámbito de cobertura de los mismos, así como el número de derivaciones intercentros que por esta causa se ha llevado a cabo en los dos últimos años.

Pues bien, el nuevo informe recibido niega tajantemente que el tipo de intervención venga determinado por la cartera de servicios del hospital de referencia de la paciente, señalando que en caso de que este último no disponga de los especialistas que su intervención precisa, puede ser remitida al hospital más cercano que sí los posea. Además apunta que la determinación de la concreta intervención se lleva a cabo mediante un proceso de decisión consensuado con la paciente, que tiene en cuenta el tipo de tumor, sus características personales y sus deseos, a la vista de las posibilidades que presenta su caso.

En este sentido se ofrecen datos correspondientes a los ejercicios 2015 y 2016 sobre número y porcentaje de pacientes intervenidas en los hospitales de referencia que cuentan con cirugía plástica y reparadora, que sin embargo pertenecen a otras áreas hospitalarias. Así de 866 intervenciones practicadas por dichos especialistas en 2015, 454 (52%) lo fueron de pacientes derivadas desde sus centros de referencia, ascendiendo dicho número a 549 (el 54%) de las 1016 intervenciones llevadas a cabo en el año 2016.

Por lo que hace a la clarificación de los procedimientos que se llevan a cabo por unos u otros profesionales, y por tanto en unos u otros centros hospitalarios, el informe apunta a la cartera de servicios de procedimientos que aparece publicada en la página web del SAS, a cuya consulta nos remiten.

De todas maneras adjuntan cuadros recopilatorios de los que integran la cartera de servicios de cirugía plástica y reparadora, con expreso señalamiento de los procedimientos que solamente se practican por estos especialistas, e igualmente de los que pueden llevarse a cabo indistintamente por varios profesionales.

Por nuestra parte subsisten algunas dudas en cuanto a los aspectos que determinaron la solicitud del informe aclaratorio, pues aún cuando constatamos la existencia de derivaciones a hospitales de referencia para intervenciones que se practican exclusivamente por cirujanos plásticos, se sigue sin explicar que existan pacientes pendientes de este tipo de intervenciones en hospitales que en principio no cuentan con dichos especialistas.



Por otro lado también advertimos procedimientos que figuran en la cartera de servicios de cirugía plástica como exclusivos de la especialidad (por ejemplo mastectomía subcutánea unilateral con implantación simultánea, código 85.33), que también figuran en las carteras de ginecología y cirugía general con posibilidad de ser realizados indistintamente por varias especialidades.

En todo caso por lo que hace al objetivo fundamental que perseguíamos con la tramitación de esta queja tenemos que considerar que nuestras recomendaciones se han aceptado, sin perjuicio de que tanto los tiempos de respuesta, como el resto de las cuestiones que analizamos, puedan continuar siendo valorados en cada caso concreto. En este sentido durante 2017 recibimos algunos otros planteamientos relacionados con este asunto (queja 17/4016).

Aún más preocupante para muchas personas resulta la espera que precede a **intervenciones necesarias en el curso de procesos oncológicos**. Verdaderamente el diagnóstico de muchos tumores no está exento de la práctica de pruebas complementarias para concretar la alternativa terapéutica, la extensión de la enfermedad,.... pero lógicamente la sucesión de aquellas provoca a veces que el plazo exceda del que los afectados pueden psicológicamente afrontar, teniendo en cuenta la incidencia del tiempo en el desarrollo de la patología y por tanto en su pronóstico.

Así el proceso de diagnóstico de un carcinoma real se prolonga más de seis meses hasta que el paciente es intervenido en la queja 15/2964, y otro tanto se precisa para el diagnóstico e intervención de un adenocarcinoma de próstata en la queja 16/6737. A este respecto hemos significado la importancia que juegan los plazos de garantía para los procesos asistenciales en la **Resolución** emitida en la queja 16/5798.



Y es que aparte de la demora que se imputa al facultativo de atención primaria por la resistencia a la derivación del paciente al especialista a pesar de su sintomatología, hay que sumar los 93 días que se hicieron necesarios para practicar una biopsia, más el tiempo que exigen las pruebas para conocer la extensión de la enfermedad, lo que lleva al afectado a considerar que la situación que atraviesa no es la mejor forma de afrontar la enfermedad y sentir que cada paso que da es un freno para poder dar el siguiente.

Por nuestra parte criticamos el escaso contenido del informe, que no nos permite comparar el proceso asistencial descrito por el interesado con las pautas establecidas en las guías de práctica clínica consultadas. Ahora bien, aunque no evaluamos dicho proceso desde una perspectiva técnica, no podemos dejar de realizar algunas observaciones a la vista del Proceso Asistencial Integrado (PAI) hiperplasia benigna de próstata-cáncer de próstata.

Por lo que respecta a los plazos constatamos el incumplimiento del plazo de garantía (30 días) previsto para la biopsia de próstata, así como el previsto para el proceso asistencial, definido como conjunto de actuaciones que se desarrollan desde que se produce la aproximación diagnóstica hasta que se confirma la misma y se determina el tratamiento.



Destacamos la importancia de este mecanismo como método de control de la duración del proceso en su conjunto, en relación con enfermedades en las que el tiempo tiene incidencia en relación con el diagnóstico, y señalamos su escasa funcionalidad en la práctica.

Recomendamos la adopción de medidas para que se respeten ambos plazos, así como para que se tengan en cuenta las demoras acumuladas al objeto de agilizar el diagnóstico y acceso al tratamiento, confluendo en este objetivo también una perspectiva de humanización.

En el Informe correspondiente a 2016 también llamamos la atención sobre lo que vinimos a denominar **plazos intermedios** y es que la espera de los pacientes no se proyecta exclusivamente respecto de intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y primeras consultas de especialidades, gocen o no de cobertura por la garantía de plazo, sino que afecta igualmente a otras muchas actuaciones cuyos períodos de realización no tienen reflejo público.

Nos referimos a consultas de especialista para recogida de resultados tras la práctica de pruebas, consultas con unidades especializadas en determinadas afecciones, consultas de revisión tras la aplicación de determinados tratamientos o para comprobar la evolución, interconsultas con especialidades distintas a la que en principio atiende el proceso asistencial del paciente, o también acceso a tratamientos de muy diversa índole.

Y es que el análisis de los datos sobre lista de espera en los casos de cobertura por la garantía de plazo, no deja de incorporar una perspectiva parcial sobre la duración del proceso asistencial, el cual en función de su mayor o menor complejidad, puede englobar una multiplicidad de actuaciones de las señaladas, lo que se traduce en una **adición sucesiva de plazos que alarga sobremanera el tiempo preciso para el diagnóstico** y en su caso, la aplicación de la determinación terapéutica.

Además el retraso para la asistencia por ciertas unidades específicas es proverbial en algunas especialidades. Así en **oftalmología** se puede esperar un año para ser visto por la unidad de retina (**queja 16/4314**), y no digamos el tiempo que se precisa para ser atendido por algunas unidades de **traumatología**, principalmente columna (**queja 16/2485**, queja 16/6888, queja 17/2394, y **queja 17/3012**) y rodilla. En concreto la espera para consulta en la **unidad de rodilla del hospital Virgen Macarena** ha sido objeto de cuestionamiento múltiple durante el pasado ejercicio (queja 17/445, queja 17/4754 y queja 17/6283), que se añade al que ya se hizo patente el año anterior en relación con la misma unidad y centro (queja 16/6580 y **queja 16/4249**).

De hecho en este último expediente tuvimos que concluir nuestras actuaciones con el criterio de inaceptación de nuestras Recomendaciones, pues aunque se nos transmitió una aceptación formal de las mismas, no se reflejaron iniciativas que pudieran ofrecer solución a la situación planteada. El anuncio de la incorporación de un nuevo especialista traumatólogo no parece haberse traducido en una disminución efectiva del período de espera para la atención por la unidad de rodilla. En todo caso la reiteración de esta denuncia, y la constatación de una demora en torno a los diez meses, nos lleva a plantearnos la iniciación de un expediente de queja de oficio para investigar las circunstancias que concurren en este supuesto.

1.10.2.6 Praxis asistencial

Reflejamos en este subapartado dos aspectos diferentes que tienen que ver con la práctica asistencial, pues por un lado comentamos las denuncias de mala praxis que nos trasladan los ciudadanos, y por otro, reflejamos las incidencias que afectan al procedimiento administrativo en el que aquella se intenta hacer valer.

Ciertamente nos gustaría poder tener una intervención más activa en el primer asunto, pero no tenemos medios para comparar la asistencia sanitaria desarrollada en un caso concreto con los protocolos o guías de práctica clínica que resultan aplicables y marcan la línea de la *lex artis*. Es por eso que no podemos discriminar las actuaciones sanitarias que se apartan de la misma y que, por tanto, pudieran ser objeto de reproche. Solamente en algunos casos muy específicos hemos reunido indicios suficientes para sustentar



la duda, que nos han servido para reclamar la apertura de oficio de un **expediente de responsabilidad patrimonial** al objeto de abordar la concurrencia de los requisitos que determinan la misma.

Nuestro modo de proceder en este tipo de quejas siempre parte de advertir a los interesados sobre esta cuestión, e informarles de los medios que tienen a su alcance para hacer valer su pretensión, planteándoles la opción de iniciar el expediente de responsabilidad patrimonial, como cauce para promover una investigación sobre lo sucedido en la que puedan tener participación proponiendo pruebas o efectuando alegaciones, y en la que se emita un dictamen pericial por especialistas, sin perjuicio de que la resolución que recaiga pueda ser objeto de recurso en vía judicial.

Por otro lado, a veces la admisión a trámite de estas quejas también nos permite evaluar aspectos conexos a la praxis sanitaria, más allá de una perspectiva eminentemente técnica, tales como plazos, procedimientos,... sobre los que quepa realizar recomendaciones o sugerencias de mejora.

Además en muchos casos nuestra intervención propicia que se amplíe el ofrecimiento de información desde el ámbito sanitario, colmando un déficit inicial que, en no pocas ocasiones, satisface el interés de los afectados y sus familias, y contribuye a aliviar el sufrimiento ocasionado.

La denuncia por los perjuicios, incluido el fallecimiento, que se achacan a una demora indebida en el diagnóstico de padecimientos oncológicos suele ser habitual (queja 16/1015, queja 17/3692 y queja 17/3758).

Ahora bien, por contra, la formulación de reclamaciones de responsabilidad patrimonial no está exenta de dificultades. De hecho el segundo aspecto que tradicionalmente incluimos en este apartado se relaciona con los **elevados plazos que se hacen necesarios para que la Administración Sanitaria resuelva** expresamente los expedientes a los que aquellas dan lugar.

Durante el pasado ejercicio elevamos a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS varias **Resoluciones** (queja 16/4450, queja 16/5526, queja 16/6092, y queja 17/0137), una vez que en los informes recibidos de la misma tras nuestro requerimiento en el curso de la tramitación de las quejas mencionadas, vino a reconocer que el **tiempo medio de resolución de estos expedientes es de tres años**, refiriendo que a la fecha de elaboración de aquellos se estaban realizando los dictámenes facultativos de las reclamaciones formuladas en 2013 y 2014.

A la vista de que la Administración no ha tenido reparo alguno en reflejar un término que sextuplica el plazo reglamentariamente establecido, el cual al parecer marca para la misma la pauta de la normalidad, no en vano en los casos que analizamos se preocupa de explicar que se encuentran todavía dentro de aquel, confirmamos nuestra sospecha de que el problema que afecta a la resolución de los expedientes de responsabilidad patrimonial se encuentra profundamente enquistado, y lejos de experimentar algún avance con las medidas adoptadas, continúa situándose dentro de parámetros inaceptables para el ciudadano, en el marco de una buena administración.

Este estado de cosas resulta especialmente preocupante desde una perspectiva ética, pues no podemos olvidar la naturaleza de los daños que en este tipo de expedientes se dilucidan, y la prolongación del sufrimiento que entraña la dilación del procedimiento para los pacientes afectados o sus familiares, así como la función que la indemnización cumple en la mayoría de los casos, cuando la responsabilidad llega a declararse, para afrontar necesidades que de aquellos puedan haberse derivado.

En la respuesta a nuestras Recomendaciones, la Administración afirma que parte de una insuficiente dotación de personal médico en el Servicio de Aseguramiento y Riesgos, la cual incluso ha descendido recientemente (de 12 que se contabilizaban a principios de 2016, a 10 que existen en la actualidad), lo que implica que cada año se resuelvan menos expedientes de los que se reciben, y se haya ido acumulando una importante bolsa de expedientes atrasados, no contando en la actualidad con disponibilidad presupuestaria para mejorarla, y propiciar así un acercamiento al plazo de resolución establecido.



1.10.2.7 Derechos de los usuarios

El catálogo de derechos de los pacientes es el punto de referencia de otro grupo de reclamaciones que vienen a poner en entredicho la satisfacción de los que se reconocen a los usuarios de los servicios sanitarios públicos en la normativa vigente.

Casi todos estos derechos son discutidos en mayor o menor medida durante el período que comprende la exposición de este Informe, aunque ya en el de 2016 advertimos del novedoso protagonismo de derechos de segunda y tercera generación frente a los tradicionales.

No obstante, entre estos últimos cabe destacar durante 2017 todo lo relacionado con el **acceso al historial clínico**, pues en no pocos casos se nos plantea la disconformidad de los peticionarios respecto de la documentación recibida. La intervención de la Institución en estas quejas no es fácil, pues normalmente no se da una desatención absoluta del derecho, lo que nos obliga a tratar de concretar con los interesados las actuaciones e informes relativos a las mismas que se echan de menos en el conjunto de la documentación entregada, con expresión de los centros y las fechas en las que las mismas tuvieron lugar.

En este orden de cosas no resulta extraño que a pesar de que el centro asistencial en cuestión insista en la entrega del historial completo, los interesados continúen señalando la ausencia de determinados elementos del mismo, muchas veces más pensando en una cumplimentación teórica ideal de la historia clínica, que en la que de hecho puede haber existido. En esta situación podemos poner de manifiesto que dicha cumplimentación es defectuosa, cuando así nos conste, pero evidentemente no podemos seguir reclamando lo que no existe, lo que no obsta para que la falta de constancia de los datos esgrimidos por los interesados pueda utilizarse por los mismos en apoyo de sus pretensiones, a la vista de que la solicitud de copia del historial es a menudo un paso previo para formular reclamación de responsabilidad patrimonial.

Múltiples expedientes de queja en nuestro sistema de registro informático son ejemplos de esta denuncia: queja 16/5947 (disconforme con cumplimentación de su derecho de acceso al historial clínico), queja 17/1051 (solicita historia clínica completa de su marido fallecido), queja 17/2022 (falta información de su historia clínica y algunos datos no son ciertos), queja 17/2029 (no le entregan historia clínica completa de su padre fallecido), queja 17/6414 (solicita entrega completa de su historia clínica de salud mental), o queja 17/6496 (no le entregan resultados de analíticas que integran su historial clínico).

En otras ocasiones la petición de copia de la historia clínica destapa vulneraciones de otros derechos, como ocurrió en la queja 16/4589, que puso de manifiesto la infracción de los relativos a la intimidad y la protección de datos personales de una usuaria de un centro hospitalario.

En concreto la interesada acudió a nosotros manifestando que a raíz de un error detectado por un facultativo en consulta respecto de sus antecedentes asistenciales, en este caso quirúrgicos, solicitó la entrega de una copia de su historia, sorprendiéndose al observar que la documentación recibida estaba mezclada con la correspondiente a **otra paciente con su mismo nombre y apellidos**, repitiéndose de nuevo esta situación cuando al cabo del tiempo reiteró la solicitud, a la vista de las incidencias que seguían afectando a su proceso asistencial (continuas cancelaciones de citas), y ello a pesar de que según el centro se había rectificado el error inicial.





Ciertamente el informe administrativo reconoció la existencia de un error humano a la hora de entregar la documentación y que seguía existiendo un episodio asistencial con los datos erróneos, por lo que anunciaba el inicio de un proceso de rectificación de datos clínicos comunicando a la comisión de derechos ARCO para que procediera a la subsanación de la historia clínica, tanto en formato papel, como electrónico.

Por nuestra parte emitimos a la Dirección Gerencia del centro una **Resolución** en la que trajimos a colación la normativa reguladora del derecho a la intimidad de los pacientes en relación con sus datos clínicos, así como la relativa a la protección de datos personales, y constatamos que existieron fallos reiterados en las medidas de seguridad aplicadas, que permitieron una **cesión ilegítima de los datos personales relativos a la salud de una tercera persona**.

A nuestro modo de ver resultaba obvio que se había cometido una infracción grave de la normativa de protección de datos, que podría dar lugar a la intervención de la Agencia Española de Protección de Datos, con el inicio de un procedimiento sancionador.

Por ello, con independencia de que la interesada o la otra paciente afectada pudieran recurrir a dicho organismo y al margen del procedimiento para la rectificación de los archivos correspondientes a las historias clínicas implicadas, recomendamos al hospital que llevara a cabo una investigación detallada de lo sucedido, con revisión de las medidas de seguridad, para poder detectar el origen de las vulneraciones que se habían puesto de manifiesto y establecer los mecanismos que realmente impidan que vuelvan a suceder.

Al mismo tiempo creemos que la paciente cuyos datos habían sido cedidos a la interesada, debería ser informada al respecto por el hospital, advirtiéndole de la posibilidad que le asiste de solicitar el amparo de la mencionada agencia, e incluso en caso de acreditar la existencia de daño efectivo, de requerir la reparación del mismo por medio de la correspondiente indemnización.

Y es que no podíamos olvidar el riesgo cierto de perjuicio para la salud de la interesada (y puede que para la de la otra paciente también) por la asignación de procesos patológicos, o episodios asistenciales que realmente no había padecido, tratamientos que no había recibido, etc.

Por otro lado y enlazando con el comentario incluido en el apartado introductorio, dando cuenta de la elaboración del Informe Especial para evaluar el grado de satisfacción de los derechos que conforman el concepto de muerte digna, nos parece interesante reflejar en su ubicación correspondiente, que es la de este epígrafe sobre los derechos de los usuarios de la sanidad pública, la conclusiones generales que hemos alcanzado tras nuestra labor investigadora, sin perjuicio de las que específicamente hemos realizado en relación con cada uno de los derechos evaluados (**Conclusiones**), así como de las Recomendaciones adoptadas con las medidas propuestas por esta Institución para tratar de superar los déficits detectados en cada caso (**Recomendaciones generales, Recomendaciones específicas**).

Recordamos por tanto que el objetivo perseguido con la elaboración del informe no era sino analizar el cumplimiento del conjunto de derechos y garantías que se establecen en la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la **dignidad de la persona en el proceso de muerte**, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Partiendo de esta premisa, y tras la investigación realizada, consideramos que en general **dichos derechos se respetan y cumplen, pero se advierten determinadas carencias, insuficiencias e inequidades** que nos impiden afirmar que los mismos estén plenamente garantizados y se respeten por igual en todo el territorio andaluz y en relación a todas las personas en proceso de muerte.

Valoramos muy positivamente el propio contenido de la Ley 2/2010. Pensamos que es un texto de gran calidad técnica que lo ha llevado a convertirse en referente de toda la legislación posterior que se ha ido aprobando por otras Comunidades Autónomas, así como del proyecto de ley nacional que actualmente se debate en el Congreso de los Diputados.

Reclamamos sin embargo un esfuerzo adicional de difusión de la misma, tanto en relación con la ciudadanía, al objeto de que conozca los derechos y garantías que tiene reconocidos, como en relación a los profesionales



que integran el sistema sanitario, a fin de que sean conscientes de los deberes y responsabilidades que asumen e interioricen su carácter imperativo.

También creemos que es preciso realizar una labor pedagógica entre la población para conseguir desterrar los tabúes que aún hoy impiden abordar desde la normalidad el debate acerca de las circunstancias que deben rodear un momento tan importante del proceso vital de cada persona como es la preparación de la muerte.

Estimamos que la aprobación del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos y la elaboración del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos han sido instrumentos fundamentales para el posterior desarrollo del sistema organizado de medios y recursos que constituyen los actuales cuidados paliativos en Andalucía.

Ahora bien, pensamos que es imprescindible actualizar el Plan Andaluz de cuidados Paliativos, partiendo de una previa evaluación del mismo que permita poner de manifiesto las carencias e insuficiencias que presenta el modelo diseñado y determinar con precisión cuáles son sus puntos fuertes y sus áreas de mejora.

Para este proceso de evaluación, estimamos necesario que se dé cumplimiento efectivo a lo establecido en la disposición adicional primera de la Ley 2/2010 actualizando con periodicidad anual el estudio sobre cómo mueren los andaluces, que hasta la fecha sólo se ha realizado en una ocasión (en 2012).

El nuevo Plan Andaluz de Cuidados Paliativos habría de incluir un diseño definitivo del modelo organizativo y funcional a implantar en Andalucía, limitando la actual diversidad, que debería ceñirse exclusivamente a los supuestos en que aquella resultara justificada por razones técnicas o de excesiva dispersión geográfica.

Reconocemos el esfuerzo realizado por la Administración Sanitaria Andaluza desplegando un conjunto de medios y recursos que nos permiten hoy contar con un sistema organizado destinado a la prestación de asistencia y cuidados a las personas que afrontan una enfermedad terminal y satisfacer las necesidades básicas de sus familias y cuidadores.

Sin embargo, aún siendo reseñable dicho esfuerzo, no resulta suficiente para satisfacer las necesidades actuales de la población andaluza, ni las que pueden preverse a corto, medio y largo plazo teniendo en cuenta el progresivo envejecimiento de la población y los avances médicos que propician un aumento de las personas afectadas por enfermedades crónicas y pluripatológicas. Actualmente el **sistema no llega a todos aquellos que lo necesitan, lo que provoca que muchos pacientes que serían tributarios de cuidados paliativos fallezcan sin llegar a recibirlos.**

A estos efectos **los pacientes no oncológicos** siguen siendo la asignatura pendiente en cuanto al pleno disfrute de los derechos que reconoce la Ley 2/2010. Es indispensable mejorar sustancialmente su situación, garantizándoles un acceso equivalente al de los enfermos de cáncer en la atención de cuidados paliativos, cuyas prestaciones deben poder disfrutar en toda su extensión.

Asimismo, debemos destacar las carencias que padecen los recursos avanzados de cuidados paliativos ya existentes y reclamar la necesidad de dotar a los mismos con los **medios personales y materiales** que el propio Plan establece y resultan imprescindibles para un adecuado cumplimiento de las funciones que tienen encomendadas. En particular, demandamos la incorporación de los psicólogos, trabajadores sociales y fisioterapeutas previstos en aquel y el incremento de la dotación de personal de los equipos de soporte mixtos.

Debemos resaltar la alta valoración que nos merece el trabajo de los profesionales integrados en los recursos avanzados de cuidados paliativos, cuya dedicación, cualificación y capacitación constituyen la piedra angular sobre la que se asienta todo el entramado prestacional del sistema sanitario público dedicado a atender a las personas en proceso de muerte en Andalucía.

Asimismo, debemos mostrar nuestra consideración hacia todos aquellos profesionales sanitarios que, desde los recursos convencionales (atención primaria, hospitalaria y urgencias) vienen realizando una labor imprescindible para dar efectividad real al marco conceptual de unos cuidados paliativos integrales



y de calidad, aunque nos preocupa la escasa implicación mostrada por algunos de los profesionales que prestan servicios en atención primaria y especializada en cuanto a la materialización de determinadas tareas.

Se ha mejorado el cumplimiento de los deberes de información y la garantía del consentimiento informado, pero hay que incrementar las habilidades de los profesionales en orden a que puedan establecer con los pacientes y sus familiares un auténtico proceso comunicativo que conduzca a la adopción compartida de las decisiones, y que al mismo tiempo permita la desaparición de prácticas negativas arraigadas (conspiración del silencio, sobreestimación del privilegio terapéutico, soslayo de la voluntad de los pacientes de edad avanzada,...)

Resulta digno de mención el esfuerzo realizado para dar cumplimiento efectivo al derecho de las personas a formular anticipadamente sus **voluntades vitales**, mejorando y ampliando los puntos de registro y facilitando herramientas tecnológicas para su más cómoda cumplimentación. No obstante ante el escaso número de declaraciones registradas se impone la tarea de profundizar en la difusión del documento, su funcionalidad y relevancia, así como de facilitar su cumplimentación ofreciendo asesoramiento desde los distintos niveles sanitarios y reduciendo la complejidad que actualmente presenta.

En relación con el derecho a recibir unos cuidados paliativos integrales y de calidad, debemos mostrar nuestra preocupación por la evidente **falta de equidad** que existe actualmente en relación al despliegue de medios y recursos que conforman el sistema de cuidados paliativos de Andalucía. En particular, por lo que se refiere a la distribución territorial de los mismos que propician situaciones de clara discriminación entre unos territorios y otros, resultando especialmente perjudicadas las personas que residen en zonas rurales, cuyas posibilidades de acceso a los recursos avanzados de cuidados paliativos es mucho más limitada que las de las personas que residen en núcleos urbanos, llegando incluso a ver cuestionado su derecho a optar por el domicilio como lugar donde recibir la asistencia y vivir la etapa final.

La capacitación y la sensibilización de los profesionales son los factores que más directamente inciden en múltiples aspectos asistenciales de los cuidados paliativos. Es preciso continuar la estrategia formativa, sobre todo en el ámbito de los recursos convencionales, para que realicen una adecuada calificación de la terminalidad y la complejidad, a fin de homogeneizar el acceso a los cuidados paliativos y la intervención de los recursos avanzados. **Hay que contagiar el espíritu paliativo a todos los niveles asistenciales.**

El problema se suscita fundamentalmente porque los cuidados paliativos no conforman una especialidad, aunque se ha promovido su reconocimiento como área de capacitación específica, de manera que las plazas que están especialmente destinadas a dispensar este tipo de asistencia se desempeñan indistintamente. Entendemos preciso que, en tanto se solventa esta cuestión, se establezcan mecanismos que garanticen la cobertura de las plazas de los dispositivos que integran los recursos avanzados con profesionales que cuenten con formación acreditada, experiencia y vocación real.



La atención paliativa de las personas menores de edad constituye uno de los aspectos más deficitarios del sistema, por su falta de respuesta específica a las connotaciones especiales que presenta este colectivo. Significativamente no está resuelta la atención del paciente pediátrico en el domicilio, lo que determina que un porcentaje muy elevado de niños y adolescentes estén falleciendo en los hospitales en contra de sus deseos y el de sus familias.

Se les pide demasiado a los familiares y cuidadores de pacientes en el domicilio, sin que por otro lado se les ofrezcan apoyos suficientes. Hay que formales y facilitarles el acceso a las prestaciones y servicios de la Ley de Dependencia de una manera ágil,



en consonancia con el pronóstico vital de los pacientes. También reclamamos una modificación normativa que les permita beneficiarse de las medidas de conciliación que legalmente están establecidas para el cuidado de los hijos.

Aún existe mucha confusión en relación con las decisiones susceptibles de adoptarse en el tramo final de la vida. Todavía se generan conflictos, e incluso a veces se discuten desde una perspectiva ética lo que son derechos legalmente reconocidos. Solamente en el ámbito de los recursos avanzados de cuidados paliativos puede afirmarse un manejo adecuado de la limitación del esfuerzo terapéutico o la sedación paliativa, surgiendo la duda al margen de aquellos, y subsistiendo el riesgo de aplicación inadecuada por exceso o por defecto. Hay que lamentar el escaso recurso en estos casos a los comités de ética asistencial, cuyos pronunciamientos por otro lado son muy valorados.

Los aspectos emocionales y espirituales son los grandes olvidados del sistema, es una labor que asumen masivamente las Asociaciones de pacientes con personal propio. La atención al duelo también se relega, sobre todo en el seguimiento posterior al fallecimiento.

La satisfacción de los derechos de acompañamiento y confidencialidad, se muestra todavía muy condicionada por el lugar en el que los pacientes permanezcan. Es necesario que estos derechos se garanticen también cuando los pacientes se encuentran en la UCI o en urgencias.

Aunque existe una voluntad generalizada de cumplimiento del derecho de los pacientes en situación terminal a ser alojados en **habitaciones individuales**, en ningún caso puede afirmarse que esa garantía sea plena, ya que generalmente se supedita su cumplimiento a los periodos de normalidad o baja frecuentación, reconociendo que el mismo resulta incumplido en momentos de especial demanda asistencial. Debemos insistir en que se trata de un derecho legalmente reconocido y garantizado, un derecho pleno que no puede quedar condicionado por las circunstancias sino que debe desplegar su efectividad en todo caso, aceptando únicamente su suspensión temporal en situaciones realmente excepcionales.

En relación al debate social existente en torno a la posible **legalización de la eutanasia y el suicidio asistido**, podría resultar conveniente que la ciudadanía andaluza pudiera posicionarse al respecto. A este respecto, proponemos la adopción de una Resolución del Parlamento de Andalucía, adoptada por los Grupos Políticos con representación parlamentaria tras un proceso de debate participativo con intervención activa de todas las personas y colectivos interesados, fomentada a través de una campaña informativa y mediante la implementación de herramientas que posibiliten la presentación de propuestas e iniciativas.

1.10.2.8 Centros sanitarios

Son múltiples las incidencias que afectan a los centros y dispositivos sanitarios, que pueden justificar la protesta de los usuarios de los mismos ante esta institución: condiciones de habitabilidad, organización de los espacios, servicios accesorios a la propia atención sanitaria, niveles de limpieza,...

Durante el pasado ejercicio destacó la queja por la obligación de **pago de importes diversos para poder acceder a la red de televisión de los hospitales**, gestionada habitualmente por empresas privadas con vinculación contractual con aquellos.

En general los ciudadanos no quieren pagar por ver la televisión en el hospital (queja 16/3839, queja 17/0020, queja 17/3127 y queja 17/6615), y para ello llegan incluso a argumentar su derecho a acceder a la información, sin que tampoco se les permita acceder a la red para conectar un aparato propio (queja 17/3799).

Por nuestra parte, teniendo en cuenta el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud, apreciamos que el mismo se concreta en una serie de prestaciones de diversa índole: de prevención y promoción, curativas y rehabilitadoras.

La modalidad de hospitalización en régimen de internamiento implica determinadas intervenciones sanitarias en la medida en que resulten adecuadas para el tratamiento de la enfermedad, y otra serie



de prestaciones que se relacionan con la estancia hospitalaria, y aparecen indisolublemente ligadas a la misma (comida, higiene,...).

Ciertamente desde esta Institución venimos empeñados en mejorar aspectos que impliquen la humanización de la relación asistencial, entre los que sin lugar a dudas deben incluirse las condiciones de confortabilidad, pero no podemos estimar estas últimas de una forma tan amplia que impliquen la obligación de ofertar servicios de televisión.

Y es que en un sistema sanitario presidido habitualmente por la limitación de recursos no puede entenderse irregular que prestaciones complementarias a las que conforman la cartera de servicios se oferten a través de empresas privadas, sin que podamos apreciar que este modo de proceder implique una vulneración del derecho a la protección de la salud de los pacientes. Además somos conocedores de que algunos hospitales proceden a la liberación de la televisión, permitiendo el acceso a sus emisiones sin coste alguno, cuando la estancia hospitalaria se prolonga.

Ahora bien por el cambio de perspectiva que entraña, la queja 17/3799 ha sido admitida a trámite, encontrándonos a la espera de recibir el informe explicativo del hospital en el que tuvieron lugar los hechos que la motivan.

Otro contenido frecuente de este apartado se conforma por las reivindicaciones ciudadanas en torno a la construcción y puesta en funcionamiento de determinadas infraestructuras sanitarias. La mayor parte de las que se reclaman habían sido comprometidas por las autoridades sanitarias, alcanzando algunas de ellas diversos grados de ejecución, aunque la crisis económica dio al traste con las expectativas generadas en torno a las mismas, para mejorar la asistencia sanitaria de la población circundante a las ubicaciones en las que estaban previstas.

Tratando de ser positivos, hemos intentado ver en la reactivación de algunos de estos proyectos síntomas de recuperación, pero ello no evita que durante el pasado ejercicio hayamos recepcionado quejas del mismo tenor, en contra de la no apertura del hospital de alta resolución de Vejer de la Frontera (queja 17/4808), solicitando que se retome la iniciativa de un hospital de la misma naturaleza en la zona de la Alpujarra (queja 17/5867), o pidiendo que se detenga el estado de abandono que padece el antiguo hospital militar de Sevilla, y que se adopten las medidas oportunas para que vuelva a funcionar como tal, apoyando al resto de los equipamientos de la ciudad.

1.10.2.9 Salud mental

La atención sanitaria de las personas que padecen enfermedades mentales, junto a otras cuestiones que igualmente conforman la problemática que rodea a estos pacientes y sus familias, siempre recibe un tratamiento diferenciado en nuestro Informe.

Quizás por el sufrimiento que los relatos de las quejas destilan en muchos de estos casos, y la impotencia que traducen para la búsqueda de soluciones que contribuyan a mejorar el estado de pacientes que presentan padecimientos graves, **queremos dar a la atención sanitaria de este colectivo el protagonismo que merece.**

En algunas ocasiones se nos hacen planteamientos relacionados con los medios que cuenta el sistema para dar respuesta a esta necesidad asistencial. En este sentido la queja 17/4113 pone de manifiesto el deterioro del programa de atención domiciliaria de Faisem en Sevilla, con disminución constante del número de plazas del mismo. También el año pasado iniciamos de oficio la **queja 16/5473** en relación





con el programa de tratamiento asertivo comunitario, que todavía estamos tramitando. Igualmente para el hospital de Ronda se pide un hospital de día de salud mental. Otras reivindicaciones de esta naturaleza (unidad de salud mental comunitaria para centro de salud de Torremolinos y centros específicos para el tratamiento integral de la patología dual) no han sido admitidas a trámite.

Con todo, la pretensión que fundamentalmente anima a los interesados en las quejas que se nos presentan sobre esta materia, en su mayoría familiares de enfermos mentales, es la de que puedan acceder a algún tipo de recurso a fin de que “sean tratados adecuadamente”. Unas veces es el temor ante el grave riesgo para la vida de estos enfermos, y otras, la problemática para la convivencia en el ámbito familiar, sobre todo por imposibilidad de contención cuando los familiares son ancianos, o están afectados por discapacidad, lo que se argumenta para justificar esta petición.

La mayoría de las veces se trata de pacientes cuya patología no experimenta avances significativos, que reniegan del tratamiento o no presentan adherencia al mismo, que además padecen también abuso de sustancias, y que pueden desarrollar conductas disruptivas.

Por nuestra parte, tratamos de informar a los reclamantes en estos casos de que en la actualidad **el sistema sanitario público no cuenta con centros para el internamiento de media o larga estancia de las personas afectadas por enfermedad mental**, de forma que se contempla exclusivamente como una medida terapéutica para los casos de descompensaciones graves, y se desarrolla exclusivamente por el tiempo necesario para dispensar el tratamiento que haga desaparecer la misma, continuándose la atención de estos enfermos después en centros de carácter ambulatorio.

Explicamos también que el ingreso hospitalario exige el consentimiento previo del paciente, salvo cuando se produce de manera urgente por la situación de salud del mismo, que revela una falta de dominio de aquel sobre su propia persona, supliéndose en este caso por una autorización judicial.

De ahí que en los supuestos de crisis graves sea posible demandar la atención sanitaria urgente, acompañada de la intervención de las Fuerzas y Cuerpos de seguridad, cuando sea necesario, para el traslado del paciente al hospital, pudiéndose acordar por los especialistas el referido ingreso.

Lo anterior no obsta para que por nuestra parte instemos a la Administración Sanitaria para que en el tratamiento de los pacientes con el perfil expuesto se **agoten todos los recursos existentes**. Por eso en la **queja 16/3956**, nos mostramos sorprendidos cuando tras una dilatada trayectoria de intentos infructuosos de tratamiento del paciente, sin haber logrado su vinculación, ni la continuidad del tratamiento farmacológico, ni la conciencia de enfermedad; la medida terapéutica que se contemple sea la garantía de la administración del tratamiento y la abstinencia a tóxicos, y a este fin se planee continuar las citas en salud mental y la coordinación interniveles.

En la Resolución emitida en este caso apuntamos la posibilidad de que se valoraran recursos alternativos en una eventual revisión del PIT, recomendando que se tuviera en cuenta la intervención de la unidad de tratamiento asertivo comunitario, y en su caso, el acceso a plaza concertada en hospital San Juan de Dios.

Significativamente aún nos encontramos a la espera de que la unidad de gestión clínica de salud mental del hospital Virgen del Rocío, dé respuesta a las **Recomendaciones** emitidas en la queja 16/2415, en relación con la hospitalización de una niña de catorce años en una unidad de agudos de adultos.

Por contra, en la **queja 16/0192** sobre vulneración de derechos de una persona enferma mental a la que su familia mantuvo encerrada durante años, hemos considerado que la Administración Sanitaria ha aceptado los términos de nuestra resolución, lo que nos ha permitido durante el pasado ejercicio concluir nuestra actuaciones.

Por lo demás la solicitud de soluciones residenciales para enfermos mentales también se configura como una de las reivindicaciones que con más frecuencia se nos hacen llegar, aunque el acceso a estas medidas alternativas de alojamiento (casas hogar y viviendas tuteladas) se articula por el sistema de atención a la dependencia, y requiere por tanto la previa calificación de dicha situación en grado suficiente, y la propuesta de dicho servicio residencial en el plan individual de atención, participando por tanto de los déficits y carencias que se predicen de aquel.