

## 7 SANIDAD

### **Consideraciones generales**

La recepción de quejas en materia de salud durante 2015 se ha concentrado en la atención especializada, ámbito al que han estado vinculadas 2 de cada 3 quejas tramitadas en dicho período. En buena medida ello se debe a tres colectivos de quejas con tramitación agrupada, relativos a la controversia sobre las posibilidades de acompañamiento y actuación de las doulas; a la disconformidad con un proyecto de real decreto, en lo relativo a las atribuciones de los podólogos; y a los problemas derivados de la rescisión del Convenio para la atención del Servicio de Logopedia en el Área del Hospital de Getafe (Madrid).

El resto de las quejas y actuaciones se aglutinan en torno a la atención farmacéutica y medicamentos (7,35 %) y, en porcentajes menores, a la seguridad de los pacientes, las cuestiones de salud pública, el derecho a la asistencia sanitaria, los derechos de los usuarios y los problemas relacionados con el tratamiento de la salud mental.

También resulta significativo el número de actuaciones de oficio iniciadas en este período, 43; cifra que en parte está motivada por la apertura de varias líneas de trabajo que requieren de actuaciones transversales con todas los organismos competentes. Así ha sido en el caso de las referidas a la implantación de la «Estrategia de ictus», a la atención a las personas que padecen celiaquía o al examen de las previsiones para el tratamiento y la rehabilitación del daño cerebral adquirido en población infantil.

Las cifras globales muestran un alto porcentaje de no admisión, derivado del hecho de que el colectivo más numeroso planteaba cuestiones tales como que se censurara al **Consejo General de Enfermería** por emitir un informe que cuestionaba la capacitación de las doulas para realizar tareas que estiman que deben llevar a cabo matronas o profesionales sanitarios. Se informó a las personas interesadas que dicho pronunciamiento no resultaba posible, pues suponía coartar la libertad de difundir libremente opiniones de la que goza dicha corporación y quienes la integran.

Sobre esta cuestión tan solo se inició una actuación con el **Servicio Gallego de Salud** (SERGAS) con relación a unos carteles que se habían colocado en el Hospital Provincial de Pontevedra y en el Hospital do Salnés (Vilagarcía de Arousa) y que indicaban que las doulas tenían prohibido entrar a las consultas acompañando a mujeres embarazadas. La Administración sanitaria gallega confirmó la existencia de estos carteles y su retirada, aunque no pudo precisar quién había sido el responsable de

su colocación, e indicó que, a pesar de ello, se facilitaba el acompañamiento de las personas que la paciente señale, salvo que el acompañante interfiera en la actividad a realizar, en cuyo caso se le hace salir (15002723 y relacionadas).

Respecto de las admisiones a trámite, los porcentajes varían de forma significativa en función del ámbito que se examine. El mayor, que supera el 57 por ciento, está referido a las quejas sobre derecho a la asistencia sanitaria, muy vinculadas a cuestiones de extranjería y a desplazamientos en el interior del territorio nacional. También presentan altos porcentajes de admisión las quejas sobre derechos de información y documentación, con la prestación farmacéutica —especialmente en lo referente a la financiación pública de medicamentos y al copago de los usuarios— y, con menor intensidad, las que tienen que ver con otros derechos de los usuarios y con la seguridad de los pacientes. En estos casos la dificultad para admitir la queja está vinculada al deficiente entendimiento del alcance y contenido del derecho invocado, a que más que una queja el ciudadano pretende obtener una información que le permita establecer su propio criterio sobre una praxis respecto de la que tiene dudas o a la limitación existente para aportar algún indicio en el que apoyar una relación causa-efecto.

Se tramitan actuaciones con la práctica totalidad de organismos competentes en materia sanitaria, tanto el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**, como con las instancias autonómicas. La distribución de las admisiones por organismos está bastante repartida, salvo en atención especializada, en que se aprecia una concentración relevante de expedientes con organismos de las **Comunidades Autónomas de Madrid, Castilla-La Mancha, Cataluña y Galicia**, y en atención farmacéutica y medicamentos, donde casi un tercio de las actuaciones admitidas afectan a la Comunidad de Madrid y una quinta parte a organismos estatales.

La agilidad en la respuesta por parte de los organismos responsables puede calificarse de globalmente adecuada. El porcentaje de actuaciones en los que hay que emitir un primer requerimiento no llega al 25 por ciento y la emisión de segundos requerimientos no supera el 10 por ciento de las tramitaciones. Los terceros requerimientos pueden considerarse inusuales, dado que en 2015 se emitieron siete, todos ellos respondidos en la fecha de cierre de este informe.

Las materias relacionadas con el derecho a la salud han dado lugar a 129 recomendaciones. Tan relevante número se explica en buena parte como consecuencia de la emisión de las recomendaciones derivadas del estudio conjunto de los Defensores del Pueblo titulado ***Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes***, respecto del que esta institución se encargó de emitir las resoluciones dirigidas al **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**, al **Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)**, responsable de la

atención en las **Ciudades de Ceuta y Melilla**, y a los **Servicios de Salud** de las ocho Comunidades Autónomas que no cuentan con una figura homóloga al Defensor del Pueblo (15000962 a 15000971). En la primera parte del presente informe (epígrafe 2.3.5) se da cuenta de las recomendaciones formuladas a partir de ese estudio.

La formulación de sugerencias en este ámbito se mantiene en niveles más discretos, pues solo se han cursado 13. El uso prudente de este tipo de resolución y la preferencia otorgada a las recomendaciones, que inciden en mejoras de carácter estructural, se debe a que en muchas de las cuestiones planteadas lo que se ventila es el orden de acceso a una determinada prestación y la actuación de esta institución no puede llegar a que el interesado reciba un tratamiento más favorable que el que resulte de su diagnóstico y cuadro médico, pues con ello se podría perjudicar a terceras personas.

En cuanto a los resultados obtenidos con las actuaciones tramitadas, ha de señalarse un cierto equilibrio en la mayoría de los ámbitos entre los casos que concluyen apreciándose una actuación correcta de la Administración responsable y los de aquellos en los que se aprecia una actuación incorrecta. No obstante, debe anotarse que en atención especializada, en el 66,42 por ciento de los expedientes concluidos en 2015, se observó la existencia de una actuación inicial irregular que fue corregida por la Administración. A ello hay que unir que en otro 9 por ciento las Administraciones concernidas actuaron correctamente, pero solo tras la intervención del Defensor del Pueblo. También se registran porcentajes relevantes de actuaciones en los que las Administraciones han corregido sus criterios a instancias de esta institución respecto del derecho a la asistencia sanitaria y de los derechos de los usuarios y pacientes.

Los casos de actuaciones que concluyeron con diferencias de criterios no son globalmente significativos y se concentran en cuestiones de acceso a los medicamentos de financiación pública (8 expedientes) y en temas relacionados con problemas de salud pública (4 expedientes).

## 7.1 ASISTENCIA SANITARIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

### 7.1.1 Inmigrantes sin autorización de residencia en España

En supuestos de especial vulnerabilidad, como es el caso de personas inmigrantes sin autorización de residencia en España y con graves procesos de salud, el derecho a la protección a la salud debería amparar a toda persona, con independencia de su situación administrativa. Este razonamiento ha sido aceptado por el **Servicio de Salud de Castilla-La Mancha** (SESCAM), con relación a dos pacientes a quienes inicialmente,

se les había denegado la atención sanitaria continuada que requerían por carecer de tarjeta sanitaria (15006319 y 15006476).

Por el contrario, todavía no se han resuelto los problemas, reflejados en el informe del pasado año, respecto a la continuidad asistencial de dos pacientes en el Complejo Hospitalario de Toledo (uno con cardiopatía isquémica y el otro con un proceso de cáncer de cérvix). Tras el criterio contrario del **SESCAM** a la aceptación de las dos **Sugerencias** formuladas, para garantizar la efectividad del derecho al control y seguimiento de tales procesos, prosiguen las actuaciones ante la **Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha** (14002717 y 14009799).

El hecho de que, una vez prestada la atención en los servicios de urgencias, se proceda al alta en los mismos de pacientes con enfermedades crónicas y padecimientos graves, no parece corresponderse con una cabal interpretación de lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Tras la información facilitada por el **Servicio Madrileño de Salud**, que confirmaba la emisión de facturas por la atención subsiguiente a urgencias, se formuló una **Recomendación** a la **Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid** para suprimir tal práctica. Esta resolución ha sido aceptada y puesta en práctica (14021383).

Los términos de la legislación en materia sanitaria resultan inequívocos, al afirmar el derecho de los inmigrantes en situación documental irregular a la asistencia sanitaria urgente. No obstante, en algún centro se procede a la formalización de facturas en estos supuestos. Entre otras actuaciones, cabe citar una **Recomendación** dirigida al **Ministerio de Defensa** para suprimir la emisión de facturas por la atención en el Servicio de Urgencias del Hospital Central Gómez Ulla, que actúa como centro hospitalario del **Servicio Madrileño de Salud**, en virtud del convenio existente entre ambos organismos. La Recomendación no ha sido acogida, con una argumentación que supedita la prestación de asistencia gratuita a la constatación de la gravedad de la dolencia, por lo que continúan las actuaciones y se ha dado traslado de la situación expuesta a la **Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**, responsable de la prestación del servicio (15006299).

En el informe del pasado año se hizo alusión a la tramitación de expedientes disciplinarios a profesionales sanitarios que atendieron a un ciudadano senegalés que falleció, como consecuencia de un proceso de tuberculosis, tras la atención en centros sanitarios de Mallorca. A finales de 2015, la **Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears** ha indicado que la apertura de expediente disciplinario al facultativo que atendió al paciente está vinculada al resultado del proceso penal en curso, por lo que se mantiene el asunto en seguimiento (13019415).

Otro ejemplo de los problemas apreciados en este ámbito guarda conexión con la exclusión, del sistema informático de atención primaria del **Servicio Madrileño de Salud**, de hijos de inmigrantes en situación irregular, una vez transcurridos 90 días desde su nacimiento sin haber regularizado su situación respecto a la asistencia sanitaria. Según los interesados, esta medida estaba dando lugar a la supresión de citas médicas programadas y a la imposibilidad de que los profesionales sanitarios pudieran acceder a las historias clínicas y garantizar la continuidad asistencial de los menores afectados. Las actuaciones finalizaron una vez que el mencionado Servicio de Salud indicó que la medida se había dejado sin efecto (15005756).

### 7.1.2 Familiares extracomunitarios de ciudadanos españoles

En el informe del pasado año se dejó constancia de la **Recomendación** dirigida al **Ministerio de Empleo y Seguridad Social** para eliminar de los requisitos para el reconocimiento de la condición de beneficiario en el Sistema Nacional de Salud, la exigencia de la tarjeta de residencia de familiar de ciudadano de la Unión Europea a los cónyuges, nacionales de terceros estados, de ciudadanos españoles residentes en España, que hubieran solicitado la expedición de dicha tarjeta y cuyo matrimonio se encuentre inscrito en el Registro civil español. La Recomendación ha sido rechazada, bajo el criterio de que el reconocimiento de la condición de beneficiario requiere, en supuestos como el comentado, la previa expedición de la tarjeta de residencia familiar, no siendo suficiente para ello acreditar el vínculo matrimonial y el resguardo de la solicitud de esta tarjeta (13023922).

En el marco de la atención a este colectivo cabe referir también los problemas derivados de la eliminación de la base de datos de asistencia sanitaria, de un ascendiente de un ciudadano español con tarjeta de residencia por reagrupación familiar y la imposibilidad del reconocimiento de la condición de beneficiario de asistencia sanitaria de su esposa. Constatado el error, el **Instituto Nacional de la Seguridad Social** (INSS) procedió al reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria del interesado y a la inclusión de su cónyuge como beneficiario del mismo (14021780).

### 7.1.3 Autorización de residencia por razones humanitarias

El pasado año se dirigió una **Recomendación** al **INSS** para garantizar el reconocimiento de la condición de asegurado en el Sistema Nacional de Salud a los extranjeros a quienes se les deniega, por el mero transcurso de un año desde su reconocimiento, la prórroga de autorización de residencia por razones humanitarias (enfermedad grave

sobrevenida), en tanto persistan las circunstancias de riesgo para la vida o integridad física que motivaron su concesión.

El INSS se pronunció a favor de que fueran las autoridades de extranjería las que establecieran los mecanismos necesarios para que, cuando persisten las circunstancias excepcionales, se prorrogue la autorización de residencia por este motivo, sin modificar su naturaleza. A la vista de ello, el Área de Migraciones e Igualdad de Trato de esta institución prosiguió las actuaciones, dando traslado de los antecedentes del asunto a la **Secretaría General de Inmigración y Emigración**. Esta Secretaría General ha aceptado el criterio del Defensor del Pueblo (14010718).

#### 7.1.4 Cónyuges de españoles de origen y residentes en el extranjero

El Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados, excluía de la cobertura sanitaria en España a los cónyuges de trabajadores por cuenta ajena y de pensionistas españoles de origen y residentes en el exterior en sus desplazamientos temporales a territorio nacional. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 32.1 de la Constitución española y 68 a 70 del Código civil, se planteó a los **Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de Empleo y Seguridad Social** la viabilidad de promover la reforma normativa que permitiera la cobertura de la asistencia sanitaria pública de los mencionados cónyuges, en sus desplazamientos temporales a España.

Los citados Ministerios, tras reconocer que la situación expuesta había originado perjuicios de difícil justificación a dichos cónyuges, comunicaron que se había promovido una reforma normativa para extender la cobertura sanitaria en España a los cónyuges e incluso a otros familiares de los españoles de origen residentes en el exterior cuando acompañen a estos en sus desplazamientos temporales a nuestro país. Esta reforma se ha hecho efectiva mediante la Disposición final quinta de la Ley 25/2015, de 28 de julio, de mecanismo de segunda oportunidad, reducción de la carga financiera y otras medidas de orden social (15007964).

## 7.2 AUTONOMÍA DEL PACIENTE, INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SANITARIA

Respecto a la armonización de la formación de personal sanitario con el respeto a la dignidad e intimidad de los pacientes, asunto reflejado en informes anteriores y todavía en trámite, el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**, tras señalar que había solicitado a las Consejerías competentes información y que esta ofrecía un panorama dispar, ha señalado que la **Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud** acordó la creación de un grupo de trabajo, que se constituyó el 28 de

octubre de 2015, para protocolizar los aspectos derivados del respeto a la intimidad y dignidad de las personas y aquellos concernientes al acceso y uso de la historia clínica por personal sanitario en formación (12035023 y 14004157).

En cuanto al acceso a la información y documentación clínica, cabe aludir a soluciones satisfactorias en varios casos, tales como el desplazamiento de especialistas médicos del Hospital Doce de Octubre al Hospital La Paz, para emitir una segunda opinión clínica respecto de un menor ingresado en este último hospital que no podía desplazarse al primer centro citado, y el acceso de pacientes a sus historias clínicas en los Hospitales Doctor Negrín de Las Palmas de Gran Canaria, Infanta Cristina de Badajoz y Marqués de Valdecilla de Santander (14023709, 15002603, 15003040 y 15004914).

### 7.3 ORDENACIÓN DE PRESTACIONES

La equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias, la efectividad de estas prestaciones y el establecimiento de un modelo de atención integral y de calidad a pacientes con enfermedades crónicas, son los tres aspectos fundamentales en que se han centrado las quejas ciudadanas en este ámbito.

En el informe del pasado año se dejó constancia de que las pruebas genómicas para el pronóstico de pacientes con cáncer de mama se aplican en hospitales de la red pública de alguna comunidad autónoma, pero no en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Asumiendo el planteamiento del Defensor del Pueblo, el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** ha indicado que esta cuestión será evaluada por la **Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación**. Prosiguen las actuaciones, en espera de las conclusiones a las que llegue la referida Comisión (13032025).

En este epígrafe puede hacerse mención también a limitaciones en la sanidad pública en cuanto al tratamiento hormonal de la disforia de género en menores de edad y a diferencias territoriales en el acceso a este tratamiento. El **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** ha expuesto que el uso de bloqueadores hormonales a menores transexuales se planteará en una próxima **Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación**, por lo que la actuación continúa abierta (15005618).

Por lo que atañe a la aplicación de técnicas de reproducción humana asistida, puede citarse la denegación de la prestación, en los Hospitales Son Espases, de Palma de Mallorca, y de Manacor (Illes Balears), a parejas con problemas de infertilidad cuando uno de sus miembros tenía ya un hijo biológico; denegación que carecía de base legal. Tras la formulación de dos **Sugerencias**, el **Servicio de Salud de Illes Balears** ha asumido en ambos casos que la decisión era incorrecta, procediendo a la inclusión en la

lista de espera de las mujeres inicialmente excluidas por aplicación del criterio señalado (14010234 y 14011253).

Sobre la misma materia cabe referir la aplicación, en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo, de un solo ciclo de tratamiento en la fecundación in vitro, en casos de parejas con un hijo no común. En consonancia con la **Recomendación y Sugerencia** formuladas, el **SESCAM** se ha comprometido a modificar los criterios cuestionados en el sentido indicado en las resoluciones del Defensor del Pueblo (tres ciclos, salvo razones clínicas en contra) y a citar a las interesadas para actualizar la información clínica (15006234).

En el pasado informe se destacó la insuficiente dotación de unidades específicas de rehabilitación en el **Servicio Madrileño de Salud** para la atención a menores con daño cerebral sobrevenido. Se aludía también a la formulación de una **Sugerencia** a dicho Servicio de Salud para la efectividad de una solicitud de reintegro de gastos por un tratamiento establecido por especialistas médicos de la sanidad pública y dispensado, por recomendación de estos profesionales, en un centro privado. La Sugerencia no ha sido acogida al considerarse que no hubo denegación de asistencia (13026381).

Sobre esta cuestión y al constarse dificultades en varios puntos del territorio nacional para el acceso pronto y efectivo a los tratamientos rehabilitadores por parte de pacientes en edad infantil, la institución ha iniciado una línea de trabajo para examinar la suficiencia de estos medios respecto de la población menor de 16 años (15012011 y 17 más).

Tal y como se detalla en el documento «Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud», el aumento de la esperanza de vida y las mejoras en salud pública dan lugar a que el patrón epidemiológico determinante en España esté vinculado a enfermedades crónicas.

Con ocasión de quejas que guardan conexión con la calidad y atención a pacientes con enfermedades crónicas en la sanidad pública, se solicitó al **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** información sobre el nivel de implantación de las recomendaciones contempladas en la mencionada Estrategia. Este Ministerio ha detallado el estado de los diversos proyectos (entre otros, estratificación de la población, sistemas de indicadores, abordaje del dolor crónico y programas de atención domiciliaria), algunos ya finalizados y otros en fase de planificación y desarrollo. La efectividad de alguno de los reseñados proyectos requiere modificaciones significativas, cuya evaluación y seguimiento constituirá una actuación preferente por parte del Defensor del Pueblo (14002119, 14021737 y 15014255).



## 7.4 LISTAS DE ESPERA

La tramitación de quejas referentes a demoras en la prestación sanitaria pone de manifiesto la existencia de un elevado número de pacientes que deben esperar no pocos meses, e incluso años, para recibir tratamiento especializado. En estas quejas subyace que la demora en obtener la asistencia sigue siendo la principal causa de insatisfacción de los ciudadanos con la sanidad pública.

### 7.4.1 Listas de espera quirúrgicas

Seguidamente se refieren varias actuaciones relativas a listas de espera en intervenciones quirúrgicas que han motivado **Recomendaciones** y, en algunos casos, **Sugerencias**. Se cita también el **seguimiento** de alguna **Recomendación** formulada en el año 2014, cuya aceptación y puesta en práctica se ha producido en el año 2015.

- **Recomendación** por demoras superiores a 30 meses en el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Complejo Hospitalario de Albacete (15005651).
- **Recomendación** por demoras superiores a 30 meses en el Servicio de Traumatología del Hospital Virgen de la Salud de Toledo (15011208).
- **Recomendación** por demoras superiores a 22 meses en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Universitario de Canarias (15001814).
- **Recomendación** por demoras superiores a 24 meses en el Servicio de Traumatología del Hospital Son Espases de Palma de Mallorca (14020240).
- **Seguimiento de la recomendación** por demoras superiores a 17 meses en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Miguel Servet de Zaragoza (13027425).
- **Seguimiento de la recomendación** por demoras superiores a nueve meses en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia (13013494).
- **Recomendaciones** por la suspensión de intervenciones quirúrgicas en los Hospitales Universitarios de Guadalajara y de Albacete, por razones estructurales y no clínicas, sin haberse reprogramado de forma ágil su realización (15009926 y 15010488).

Aun cuando la tramitación de las quejas no han dado lugar a la formulación de resoluciones por parte del Defensor del Pueblo, al informar la Administración responsable sobre las medidas adoptadas para reducir las listas de espera o por

---

#### Supervisión de la actividad de las Administraciones Públicas

---

circunstancias sobrevenidas, también deben destacarse las siguientes demoras constatadas en listas de espera quirúrgicas:

- **Canarias:** tres años y medio para la realización de una cirugía bariátrica en el Hospital Doctor Negrín de Las Palmas de Gran Canaria (13009720).
- **Cataluña:** un año en el Servicio de Traumatología del Hospital de Blanes (Girona); diez meses en el Servicio de Traumatología del Hospital de Bellvitge de Barcelona (14008193 y 15001240).
- **Castilla-La Mancha:** entre año y medio y dos años para la realización de cirugía bariátrica en el Complejo Hospitalario de Toledo (14021622).
- **Comunidad de Madrid:** un año en el Servicio de Traumatología y diez meses en el Servicio de Cirugía Plástica, ambos del Hospital Doce de Octubre; un año en el Servicio de Traumatología del Hospital Ramón y Cajal; siete meses en el Servicio de Urología, para una intervención de carácter preferente, un año en el Servicio de Neurocirugía y un año en el Servicio de Cirugía, los tres servicios del Hospital Gregorio Marañón (14018137, 14020873, 15000439, entre otras).
- **Extremadura:** un año en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario de Badajoz (09005746).
- **Galicia:** cinco años para un *bypass* gástrico en el Hospital Povisa de Vigo (Pontevedra) y año y medio en el Servicio de Traumatología del Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela (A Coruña) (15003942 y 15006988).
- **Región de Murcia:** 22 meses en el Servicio de Traumatología del Hospital Morales Meseguer de Murcia (15011628).

En algunos de los casos detallados en este epígrafe las Administraciones sanitarias han argumentado, para justificar las demoras en la atención, que los pacientes habían rechazado la opción de ser intervenidos en un centro alternativo concertado. El hecho de que pacientes hayan decidido, en el marco de su libertad de elección, ser atendidos en su hospital de referencia y por los profesionales que tradicionalmente les han prestado la atención, no puede justificar, a criterio de esta institución, que permanezcan durante amplios períodos de tiempo en espera de la realización de los procedimientos programados.

#### 7.4.2 Lista de espera en consultas externas y en técnicas o pruebas diagnósticas

También se han constatado amplias demoras en este ámbito, entre las que han de citarse las siguientes:

- **Castilla-La Mancha:** un año en el Servicio de Cardiología del Hospital de Talavera de la Reina de Toledo (14024363).
- **Castilla y León:** cinco meses en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de Burgos y ocho meses en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (14020899 y 15006418).
- **Cataluña:** 13 meses en el Centro Althaia Xarxa Asistencial de Manresa de Barcelona (15001487).
- **Comunidad de Madrid:** 19 meses en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Infanta Sofía de San Sebastian de los Reyes (15006062).
- **Comunidad Valenciana:** entre seis y ocho meses para la realización de una colonoscopia en el Hospital San Juan de Alicante (15007133).
- **Extremadura:** un año en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de Badajoz (14021934).
- **Galicia:** nueve meses en el Servicio de Traumatología del Hospital de Ferrol (A Coruña) y seis para recibir los resultados en el Complejo Hospitalario de Ourense (15000294 y 15006867).
- **Illes Balears:** cinco meses para la realización de una resonancia magnética en el Hospital Son Espases de Palma de Mallorca (15006727).
- **Región de Murcia:** cinco meses en el Servicio de Oftalmología del Hospital Rafael Méndez de Lorca (14021064).

Las Administraciones sanitarias competentes han informado, en ocasiones, sobre la adopción de medidas para reducir las listas de espera y la modificación de las fechas inicialmente programadas para la atención, de modo que las reseñadas demoras han podido minorarse en algunos casos.

#### 7.5 ACTUACIONES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

La libre elección de profesionales sanitarios, dificultades en el acceso a la atención sanitaria, las demoras en la atención, la presión asistencial soportada por los profesionales, la dotación de personal y la dignidad de los pacientes son los aspectos de mayor relevancia puestos de manifiesto en las actuaciones que se agrupan en este

epígrafe. Para ilustrar estas cuestiones, se detallan seguidamente algunas de las actuaciones efectuadas.

Por lo que atañe a la libre elección de profesionales, en el informe del pasado año se hizo referencia a la formulación de una **Recomendación a la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja**, para desarrollar reglamentariamente las previsiones legales en cuanto a la libre elección de facultativo de medicina general y de pediatría. Las actuaciones han finalizado, tras señalar esta Consejería que estaba en fase de tramitación un borrador de disposición reglamentaria que posibilite el derecho efectivo a la libre elección de médico (14002535).

En cuanto a dificultades en el acceso a la asistencia sanitaria, cabe citar la denegación inicial de la atención demandada por dos pacientes, uno de ellos desplazado temporalmente en Andalucía, en los Centros de Salud Isla Mayor y María Auxiliadora de Sevilla. El **Servicio Andaluz de Salud** ha puntualizado, respecto al primer centro, que la denegación se debió a una actuación incorrecta del personal y que se habían cursado instrucciones para garantizar la atención a personas desplazadas de otras comunidades autónomas y, respecto al segundo de los centros, que no puede descartarse una atención inadecuada y, por ello, se habían difundido entre los profesionales las medidas a adoptar ante casos similares (15009685 y 15010034).

Por lo que concierne a la presión asistencial que soportan algunos facultativos de medicina general, puede aludirse a la situación de un médico de familia del Centro de Salud Paseo Imperial de Madrid, quien atendía una media de 40 pacientes/día en el horario de consulta establecido (cinco horas); actividad esta que impedía una atención de calidad, en la medida en que su evaluación, diagnóstico y tratamiento debía efectuarse en un tiempo no superior a los 7,5 minutos/paciente y podía dar lugar a errores. Tras la comunicación del **Servicio Madrileño de Salud**, sobre la adopción de medidas con carácter inmediato para resolver el problema expuesto, concluyeron las actuaciones (14012568).

Con relación a demoras en la atención sanitaria, puede hacerse mención a la demora de nueve días en la prestación de la asistencia en el Centro de Salud Marqués de Valdivia de Madrid y a dificultades para la formalización de cita previa y deterioro de la atención en el Consultorio Local de Almedina (Ciudad Real). Ambas actuaciones finalizaron una vez que el **Servicio Madrileño de Salud** y el **SESCAM** dieron solución a las cuestiones planteadas (14021117 y 15001938).

También se resolvieron satisfactoriamente problemas derivados de la insuficiente dotación de personal, tales como el retraso en la administración de una vacuna a un menor de edad en el Centro de Salud Martín Vargas de Madrid, como consecuencia de la ausencia de un pediatra por vacaciones, y la inexistencia de personal en la categoría

de celador en determinados turnos de trabajo en el Centro de Salud de Arroyo de la Luz (Cáceres). Los **Servicios de Salud concernidos** informaron acerca de la decisión de proceder a la cobertura del 100 por ciento de las ausencias de pediatras en el Centro de Salud de Madrid y la dotación de un celador en el de Arroyo de la Luz (14018051 y 15001860).

La necesidad de garantizar un trato acorde con la dignidad que merecen todas las personas se ha puesto de relieve en diferentes quejas, cuya tramitación no está exenta de dificultades, en la medida en que las situaciones planteadas se refieren, generalmente, a expresiones o comentarios inadecuados de carácter verbal por parte de profesionales sanitarios. A título de ejemplo, pueden traerse a colación los comentarios de índole personal de un profesional del Centro de Salud de Luarca (Oviedo) respecto a una paciente, calificados como improcedentes por el **Servicio de Salud del Principado de Asturias**. Este organismo indicó que se había advertido a dicho profesional sobre la adopción de medidas disciplinarias, de repetirse la situación (15003915).

## 7.6 ACTUACIONES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La estructura, organización y funcionamiento de los centros de atención especializada han dado lugar, un año más, a un elevado número de quejas y de actuaciones de oficio, sobre aspectos dispares y no fácilmente sistematizables. A modo ilustrativo, se detallan seguidamente varios de estos aspectos.

### ***Cuidados paliativos***

En primer lugar, cabe referir que, a tenor de lo expuesto por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, el 50 por ciento de los pacientes de la sanidad pública que precisan cuidados paliativos no reciben esta prestación. Esta Sociedad ha resaltado también la existencia de notables diferencias, según se trate de una u otra comunidad autónoma, en la dotación de estructuras y recursos.

La situación descrita ha motivado el inicio de una actuación de oficio, todavía en trámite, ante el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**, en cuyo marco se ha solicitado información sobre las necesidades en términos organizativos y de recursos de cuidados paliativos y, en función de las mismas, las previsiones de incremento de los dispositivos en el conjunto de la sanidad pública, para garantizar a los pacientes con enfermedad en fase avanzada y terminal una atención basada en la equidad, las mejores prácticas y la evidencia científica disponible. Este Ministerio comunicó que estaba en fase de elaboración un documento para su presentación ante al **Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia de Cuidados Paliativos en el**

**Sistema Nacional de Salud**, de cuyos resultados y conclusiones se informará al Defensor del Pueblo (14022401).

### ***Código Ictus***

El nivel de desarrollo e implantación de objetivos y recomendaciones contemplados en la «**Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud**» ha dado lugar, igualmente, al inicio de actuaciones de oficio ante el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** y ante aquellas comunidades autónomas que, según la información facilitada por este Ministerio, presentaban mayor retraso en la implantación del Código Ictus (**Comunidades Autónomas de Extremadura y Galicia y Comunidad Foral de Navarra**) o bien no habían facilitado datos sobre la configuración de un equipo o unidad de ictus de referencia en las zonas básicas de salud (**Comunidad Autónoma de Andalucía, Región de Murcia y Comunidad Foral de Navarra**). Esta información se recabó también del **Instituto Nacional de Gestión Sanitaria**, dado que no se disponía de datos referentes a las Ciudades de Ceuta y Melilla.

Excepción hecha de la iniciada ante la **Comunidad Autónoma de Galicia**, que no había remitido la información recabada por esta institución en el momento de elaborar el presente informe, el resto de las actuaciones han finalizado una vez que las respectivas Administraciones sanitarias han detallado las medidas adoptadas o programadas, para la efectividad de los objetivos y recomendaciones antes mencionados (14022403, 15007220, 15007225).

### ***Desplazamiento de pacientes entre territorios***

En cuanto a la movilidad de los pacientes, en el informe del pasado año se hizo mención a la actuación, que continúa en trámite, sobre la atención de la población residente en el municipio navarro de San Adrián en el Hospital de Calahorra (La Rioja), distante cuatro kilómetros, en lugar de en el de Estella, ubicado a 54 kilómetros. A finales de 2015, la **Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja** ha hecho referencia a que el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** estaba elaborando un proyecto de real decreto para determinar la financiación de la asistencia a pacientes desplazados y que ya se dan las condiciones para formalizar un convenio con la **Comunidad Foral de Navarra** para la reseñada atención en el Hospital de Calahorra, siempre que existan las compensaciones económicas pertinentes (12011174).

En esta misma materia, debe hacerse mención a que el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, creó el Fondo de Garantía Asistencial, cuya finalidad es la de facilitar la compensación entre comunidades autónomas por la atención a pacientes de

otras regiones, ya sean desplazados temporalmente o residentes en zonas limítrofes. La efectividad de este Fondo está aún pendiente de la publicación de la disposición reglamentaria que determine el importe a liquidar a cada servicio de salud; el retraso de esta publicación puede condicionar la adopción de acuerdos entre comunidades autónomas con relación a la movilidad de los pacientes en la sanidad pública.

También se han tramitado quejas por problemas en la derivación de pacientes a centros nacionales de referencia en determinadas patologías. Entre otros asuntos, cabe referir la resolución satisfactoria de un caso que implicaba la derivación al Hospital La Paz de Madrid, a través del Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO). Sin embargo, se denegó la derivación de otro paciente, también a través del SIFCO, a la Unidad de Fibromialgia y Fatiga Crónica del Hospital Clínic de Barcelona, por no ser de referencia nacional. La inexistencia de unidades especializadas en dichas patologías, excepción hecha de la del citado Hospital Clínic, motivó la solicitud de información al **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** sobre la designación de centros o unidades de referencia nacional para su tratamiento. Este Ministerio ha mostrado su criterio adverso a tal propuesta, afirmando que, hasta el momento, los expertos no habían considerado la necesidad de dichas unidades (15001300 y 15007236).

Algunas comunidades autónomas han establecido la «Tarjeta de asistencia sanitaria para estudiantes de otras regiones», documento, válido durante un curso académico, que cumple idénticas funciones que la tarjeta sanitaria individual y acredita a su titular para acceder a las prestaciones sanitarias, mediante la asignación de centro de salud y facultativos de medicina general. Sin embargo, en Cataluña esta asignación requiere el empadronamiento en este territorio. Por ello, el pasado año se formuló una **Recomendación al Departamento de Salud de la Comunidad autónoma de Cataluña** para que pusiera en marcha esta medida. El referido Departamento ha mostrado su criterio adverso a la aceptación de la Recomendación, al entender indispensable el empadronamiento previo (13023880 y 14022639).

### ***Estructura y funcionamiento de centros***

En cuanto a la estructura y funcionamiento de centros sanitarios, destacan, entre los problemas planteados, los referentes a inadecuaciones estructurales en el Hospital Can Misses de Eivissa (Illes Balears), la dotación tecnológica y apertura de una unidad de salud mental en zonas sanitarias de Ciudad Real, el cierre de la Consulta de Oncología del Hospital de Coria (Cáceres), la rescisión del concierto con el único centro de logopedia para menores de edad en Getafe (Madrid), dificultades para acceder al Servicio de Rehabilitación del Hospital Doce de Octubre de Madrid por personas con discapacidad, limitaciones en el acceso telefónico al Centro de Especialidades Ricardo

Troner de Valencia e insuficiente dotación de personal en el Centro de Cuidados Medios Villademar de Murcia. En estos supuestos, las respectivas Administraciones sanitarias adoptaron medidas que permitieron la resolución de las situaciones planteadas (14011407, 14017562, 14018955, entre otras).

### ***Problemas asistenciales***

En un plano estrictamente asistencial, también finalizaron positivamente las actuaciones respecto al seguimiento clínico de un paciente en el Hospital General de Ciudad Real, el acompañamiento por sus padres de menores de edad en el Servicio de Cardiología del Hospital Xeral de Vigo (Pontevedra), el acompañamiento de mujeres en el momento del parto en el Hospital Provincial de Pontevedra, la realización de la prueba diagnóstica denominada «ecocistografía pediátrica» en el Hospital Universitario de Albacete, y la financiación de componentes externos de un marcapasos diafragmático de un paciente con lesión medular en el Hospital de Paraplégicos de Toledo.

Terminaron asimismo de manera favorable las actuaciones sobre la difusión de medidas preventivas de contagios y contaminaciones en la Residencia de Mayores «Gran Residencia de Madrid», la exigencia de una cuantía económica por una prueba diagnóstica en el Hospital Clínico de Madrid, la suspensión de un tratamiento de radioterapia en el Hospital Clínico de Zaragoza y la emisión del alta en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid de un paciente que precisaba atención especializada continuada (14018196, 14022390, 15001552, entre otras).

Por el contrario, no se han producido avances significativos respecto a la actuación de oficio con ocasión del cierre de una unidad especializada en el tratamiento multidisciplinar del Síndrome de Wolfran, ubicada en el Hospital de la Inmaculada de Huerca-Overa (Almería), asunto detallado en el informe del pasado año. El **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** ha manifestado que el **Comité de Designación de Centros, Unidades y Servicios** está evaluando la viabilidad de un centro de referencia para el tratamiento de dicho síndrome. Han finalizado las actuaciones, sin perjuicio del seguimiento de las conclusiones a las que pueda llegar el referido Comité (13023649).

### ***Urgencias hospitalarias***

Por lo que concierne a los servicios hospitalarios de urgencia, las quejas planteadas siguen incidiendo en situaciones de saturación de estos servicios y, como consecuencia de ello, en la vulneración de la intimidad y dignidad de los pacientes. Entre otras actuaciones, cabe referir las relativas a la permanencia de pacientes, durante amplios



períodos de tiempo, en camillas y en los pasillos de los Servicios de Urgencias de los Hospitales Vall d'Hebrón de Barcelona, La Paz de Madrid y Punta de Europa de Algeciras (Cádiz). El **Servicio Catalán de la Salud** hizo mención a que la presión puntual e inusual no permitió una atención con la privacidad debida; el **Servicio Madrileño de Salud** aludió a dificultades puntuales en el ingreso hospitalario por falta de camas libres y el **Servicio Andaluz de Salud** dio traslado de las medidas implantadas para evitar situaciones de saturación (14000218, 14006099 y 15008883).

## 7.7 SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y DE LOS PROFESIONALES

El Defensor del Pueblo viene subrayando el valor que aporta la información y la monitorización de indicadores de calidad y seguridad asistencial y la necesidad de definir estrategias comunes dirigidas a combatir los efectos adversos, a través de sistemas de notificación no punitivos, que sirvan para el aprendizaje de los profesionales y la puesta en marcha de medidas de prevención.

A esta cuestión se ha prestado también especial atención en el estudio *Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes*, en el marco del cual se formuló una **Recomendación al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**, dirigida a promover la creación de un sistema nacional de notificación y registro de efectos adversos, armonizando su carácter no punitivo con el principio de responsabilidad de las administraciones sanitarias y de su personal. El citado departamento ha indicado en su respuesta que «[...] se ha planteado el posible encaje de una norma de estas características en la actual normativa sanitaria y en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal», por lo que se ha puesto el asunto en seguimiento (15000962).

Una de las causas de la insatisfacción de los pacientes está en relación directa con la falta de suficiente información sobre sus procesos asistenciales. Así se desprende de no pocas quejas, las cuales, si bien se articulan en torno a la seguridad y la práctica profesional, tienen por finalidad, en primer término, obtener una información suficiente y comprensible sobre la adecuación de la atención prestada. En estos casos, y en función del alcance de la situación expuesta, la actuación del Defensor del Pueblo se dirige a promover que las Administraciones sanitarias lleven a cabo investigaciones sobre las circunstancias concurrentes en la atención prestada, en orden a determinar si los interesados han sufrido daños y perjuicios que no les corresponde soportar (15001248, 15003621 y 15008330).

Por lo que concierne a la seguridad del personal sanitario, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España puso de relieve ante esta institución la necesidad de articular mecanismos de protección, asistencia y apoyo a los profesionales

sanitarios ante eventuales situaciones de riesgo para su integridad física. El **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** ha comunicado que el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**, tras evaluar las dimensiones reales del problema y las soluciones más adecuadas para afrontarlo, había elaborado un informe que contiene doce recomendaciones referentes a medidas para la detección y prevención de situaciones de riesgo en la práctica diaria de los profesionales sanitarios (15006174-01).

## 7.8 SALUD PÚBLICA

Con una cierta regularidad se reciben quejas de madres y padres que, por lo general, reclaman la inclusión de una determinada vacuna, y por tanto su financiación a cargo del Sistema Nacional de Salud, en los calendarios oficiales de vacunación infantil. Estas quejas se fundamentan, en algunos casos, en las diferencias presentes en los calendarios aplicados por unas y otras comunidades autónomas, a pesar de la existencia de un calendario consensuado en el seno del **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**.

Una novedad en esta concreta materia es el acuerdo alcanzado en dicho Consejo, en su reunión de 14 de enero de 2015, para la inclusión antes de finales de 2016 de la vacuna frente al neumococo en el calendario común de vacunación. Tras el acuerdo alcanzado, algunos gobiernos autonómicos decidieron incorporar inmediatamente esta vacuna en su propio calendario. A este respecto se recibieron quejas de madres y padres, cuyos hijos habían nacido en los últimos meses de 2014, que expresaban su desacuerdo con que el correspondiente servicio de salud solo financiara la administración de esta vacuna a los nacidos a partir del 1 de enero de 2015. Aun valorando positivamente la rápida adopción del cambio de calendario de vacunación por algunos de los gobierno autonómicos, se llevaron a cabo actuaciones con las administraciones sanitarias de Castilla y León, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana y Región de Murcia sobre el problema planteado por los afectados. Después de una primera respuesta, en los casos de Castilla y León y la Región de Murcia, la institución dirigió una **recomendación** para que se ampliara la cobertura de financiación, como medida transitoria, para completar la pauta de vacunación a aquellos niños nacidos en 2014 que la hubieran iniciado de forma homologable bajo indicación de su pediatra.

Las citadas Administraciones no consideraron oportuno establecer la ampliación de cobertura, como tampoco la Comunidad Valenciana. En el caso de la Comunidad de Madrid, dicha Administración informó que los niños nacidos antes del 1 de enero de 2015, no vacunados y cuyos padres lo solicitaran, tendrían a su disposición la

vacunación financiada a partir del 1 de abril (15001056, 15001705, 15002691 y 15004408).

Las dificultades de acceso de los usuarios a nuevas vacunas también ha sido objeto de algunas de las quejas tramitadas en 2015. Un grupo de ellas planteaba el desacuerdo con la limitación al uso hospitalario de la nueva vacuna frente a la meningitis B. La institución llevó a cabo una actuación de carácter informativo ante el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**, para conocer la última información técnico-científica disponible sobre este medicamento, dada la reclamación de pacientes y grupos de profesionales en el sentido de permitir la venta de la vacuna en las farmacias.

El informe recibido de la **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios** hacía referencia a los antecedentes de la autorización de la vacuna frente al meningococo B en el año 2013 y a las razones que aconsejaron su exclusión del calendario oficial de vacunación en su momento y la reserva para uso hospitalario de este medicamento: inexistencia de datos de efectividad, ausencia de datos de compatibilidad con otras vacunas del calendario oficial y un perfil de reactogenicidad alto. La Agencia recordaba que la propia ficha técnica de la vacuna recogía la necesidad de tomar en consideración las condiciones epidemiológicas del contexto y que debía utilizarse según las correspondientes recomendaciones oficiales, así como el diferente tratamiento dado a esta vacuna en los ámbitos europeo y norteamericano. Al mismo tiempo, señalaba que se estaba a la espera de recibir el informe periódico de seguridad a remitir por el titular del medicamento, tras el que se llevaría a cabo una evaluación de la información para decidir sobre la modificación de las condiciones de dispensación. Con posterioridad se tuvo conocimiento de la efectividad de dicha variación, con efectos en el mes de octubre de 2015 (15002032).

## 7.9 SALUD MENTAL

Las quejas relacionadas con la atención a la salud mental son planteadas en muchos casos por los propios pacientes, por lo que consideran un trato indebido por parte de sus cuidadores o de los profesionales sanitarios. Las quejas incluyen en ocasiones la petición de que se revise una situación de ingreso psiquiátrico o las medidas judiciales de limitación de la capacidad, cuestiones en principio ajenas a las competencias de esta institución. Si de las circunstancias y documentación aportada se infiere alguna duda sobre la protección y atención prestada a este tipo de pacientes se lleva a cabo una actuación informativa ante la Administración sanitaria correspondiente y, de resultar necesario, ante la entidad pública responsable de la tutela.

En otros supuestos, las quejas presentadas por familiares de estos pacientes ponen de manifiesto las dificultades para encontrar un recurso de atención residencial

apropiado, cuando esta es la medida más apropiada o única a juicio de los especialistas que intervienen. Un ejemplo de ello fue la queja planteada por los problemas derivados de la asignación de un centro residencial situado en la localidad de Guadarrama (Madrid) para atender a una paciente residente en Albacete. La **Consejería de Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha** señaló que para el cuadro clínico que presentaba la paciente no existía otro recurso apropiado más próximo a su domicilio familiar.

Como recursos de larga estancia para personas con enfermedad mental la Red pública de Castilla-La Mancha cuenta con dos centros en la provincia de Guadalajara, además de otro, de ámbito provincial, en Ciudad Real. Para los pacientes calificados como de alta complejidad dicha Administración hace uso de dos centros concertados en la Comunidad de Madrid. La respuesta oficial admite que sería oportuna una reorganización de los centros existentes, para procurar un menor impacto en la vida y las relaciones familiares de estas personas, aunque no necesariamente la apertura de un nuevo centro (14023582).

El tratamiento involuntario para personas con enfermedad mental es una cuestión que, de forma recurrente, se plantea ante las administraciones sanitarias, ante situaciones en las que las familias carecen de medios para conseguir que los pacientes adultos sigan las indicaciones terapéuticas de sus médicos, empeorándose con ello el cuadro de enfermedad y la convivencia familiar y social que rodea a estas personas.

A título ilustrativo puede referirse un caso en la **Comunidad Valenciana**. Un auto judicial autorizaba, en virtud de la previsión del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, no el tratamiento involuntario forzoso, sino el ingreso involuntario del paciente en centro sanitario cuando así lo estimaran necesario los profesionales médicos y por el tiempo imprescindible para recibir el tratamiento indicado. Desde el centro sanitario que atendía al paciente se informó a la familia que la resolución judicial no resultaba en la práctica aplicable, dado que no disponía nada sobre el modo para llevarla a efecto y los especialistas psiquiatras no contemplaban la necesidad de un internamiento involuntario en atención a las circunstancias del caso. Tras la actuación de esta institución, la Administración señalaba que la única solución era que la Red de vigilancia sanitaria y social propusiera el ingreso hospitalario en el supuesto de reagudización del cuadro clínico. Con tal finalidad se había reforzado la coordinación de los servicios hospitalarios de urgencias, los servicios sociales y la policía local (15008653).

Con relación a la prevención del suicidio, el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** ha indicado que se incluirá en la actualizada «Estrategia de Salud Mental» una línea sobre la prevención del suicidio basada en el trabajo conjunto de las comunidades autónomas y las sociedades científicas. Las nuevas líneas que se perfilan sobre la prevención de conductas suicidas deberán ser aprobadas por el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** (14017952).

## 7.10 PRESTACIÓN FARMACÉUTICA Y MEDICAMENTOS

Con cierta regularidad, y más frecuentemente durante los períodos vacacionales, se reciben quejas de ciudadanos que han encontrado problemas para la dispensación de los medicamentos que necesitan cuando se han desplazado a comunidades autónomas distintas de las de su residencia. En alguno de estos casos se informa incorrectamente a los pacientes acerca de la falta de acuerdos entre comunidades autónomas para admitir las recetas prescritas en otro territorio (15006631).

Los profesionales farmacéuticos se enfrentan a problemas operativos para hacer efectivas las recetas y aplicar el tipo de copago farmacéutico que corresponde a cada usuario, cuando este procede de otra comunidad; aunque esto no debiera impedir la correcta dispensación de los medicamentos. La institución ha iniciado una actuación de oficio con el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** para conocer el estado de implantación de un sistema territorialmente interoperativo de receta electrónica. Las informaciones más recientes apuntan a que la fase de pruebas ya está en marcha con varias comunidades autónomas y que la puesta en práctica generalizada se espera para 2016, aunque de manera desigual en cada uno de los territorios. Por ello continuará la actuación con las Administraciones afectadas (15009940).

La ordenación de la actividad farmacéutica también es objeto de algunas quejas. En una actuación por ejemplo, se pudo constatar que el último proceso de adjudicación de oficinas de farmacia en Cantabria no ha incluido finalmente una reserva para personas con discapacidad, cuya posibilidad se había anunciado a esta institución en años anteriores (10031420 y 15005286).

### 7.10.1 Copago farmacéutico

La aplicación del nuevo modelo de aportación de los usuarios en la prestación farmacéutica, el copago farmacéutico, que introdujo 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, continúa siendo objeto de un número destacado de quejas de aquellos ciudadanos que se ven perjudicados por las carencias o deficiencias del mismo. A modo de resumen, los principales problemas de estas carencias y deficiencias pueden agruparse de la siguiente manera.

- Personas y familias con muy escasos recursos económicos cuya situación no puede encuadrarse en alguno de los supuestos tasados de exención en el copago farmacéutico (ahora recogidos en el artículo 102.8 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2015, de 24 de julio) y que

deben abonar por tanto el 40 % del precio de los medicamentos que necesitan.

- Personas con discapacidad, en grado igual o superior al 33 %, cuyas demás circunstancias personales o de percepción de prestaciones sociales no permite reconocerles la exención en el copago, a pesar de las necesidades adicionales de adquisición de medicamentos a consecuencia precisamente de la discapacidad que padecen.
- Situaciones derivadas del vigente régimen de aseguramiento sanitario que conllevan una aplicación inequitativa del copago farmacéutico: extranjeros sin autorización de residencia; ex cónyuges de pensionistas con edad avanzada; pacientes oncológicos y con otras enfermedades graves que han agotado las ayudas o prestaciones sociales existentes.
- Indeterminación no resuelta sobre la Administración competente para resolver las reclamaciones de los usuarios sobre el tipo de aportación farmacéutica o la solicitud de reconocimiento de la exención. Sobre esta cuestión, el **Ministerio de Empleo y Seguridad Social** tiene pendiente remitir a esta institución el informe solicitado al servicio jurídico del Estado, dada la falta de entendimiento hasta el momento sobre esta cuestión con el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** (13026571).

El riesgo mayor en algunos de los problemas indicados es la posibilidad de pérdida de adherencia a los tratamientos. En varias actuaciones la institución ha explorado ante distintas administraciones autonómicas las vías efectivas de resolución de alguno de estos problemas. Constatada la insuficiente protección que ofrece la actual normativa estatal básica a determinados supuestos, y en tanto haya ocasión de revisar su contenido, las administraciones autonómicas han de articular medios adicionales de garantía que alejen la posibilidad de que los pacientes abandonen sus tratamientos médicos por dificultades económicas insuperables. En esta línea algunas comunidades autónomas, aunque no la mayoría, han establecido programas de subvención o prestación compensatoria para este fin (15004847).

### 7.10.2 Acceso a los medicamentos

#### **Hepatitis C**

La aparición de nuevos fármacos antivirales de acción directa frente a la hepatitis C, que ofrecen altos niveles de eficacia pero dificultades para asumir inmediatamente su incorporación efectiva a la prestación farmacéutica por su coste, ha encontrado respuesta en la aprobación por el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de**

**Salud** del denominado «Plan estratégico nacional para el abordaje de la hepatitis C», sobre el que esta institución ha recibido información del **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**, en lo referente a la estrategia de priorización de casos y los acuerdos adicionales de financiación que el mismo requiere.

Las actuaciones seguidas con algunas comunidades autónomas, con relación a situaciones denunciadas por pacientes para los que se retrasaba el inicio del tratamiento, a pesar de que su necesidad terapéutica era en algún supuesto urgente, han puesto de manifiesto, con carácter general, que las previsiones estratégicas del plan están siendo cumplidas.

Continúan recibándose, no obstante, quejas de aquellos pacientes cuyo grado de desarrollo de la enfermedad aún no alcanza el previsto en la estrategia de priorización, que señalan que el acceso al tratamiento les evitaría el agravamiento de su enfermedad. La institución continuará sus actuaciones para conocer las previsiones a medio y largo plazo, una vez se agote la actual fórmula de financiación (14024118, 15000285, 15000684, entre otras).

### ***Enfermedades raras***

En el caso de las enfermedades raras la incorporación de nuevos medicamentos al arsenal terapéutico presenta determinadas especificidades, dada la diferente relación coste/beneficio que habitualmente tienen estos fármacos en comparación con los medicamentos producidos para el tratamiento de enfermedades más comunes. Tras una inicial autorización avalada por la Agencia Europea del Medicamento, el proceso de inclusión de los llamados «medicamentos huérfanos o ultrahuérfanos» en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud puede demorarse varios meses, hasta que se logra un acuerdo de financiación. En este período intermedio, la demanda lógicamente se acentúa, resultando inviable en la mayoría de los casos que los pacientes puedan acceder a ellos por sus propios medios.

A lo largo de 2015, se han seguido actuaciones con relación a dos concretos fármacos, indicados respectivamente para el tratamiento del Síndrome de Morquio y de la Distrofia muscular de Duchenne. Las administraciones sanitarias competentes, aunque inicialmente se mostraban renuentes a autorizar el acceso a estos medicamentos por el procedimiento previsto en el Real Decreto 1015/2009 para situaciones especiales, respondieron finalmente de manera positiva, aunque no sin recordar la responsabilidad de la Administración General del Estado a la hora de concretar con celeridad la comercialización en España del medicamento en cuestión (15002488 y 15006247).

### ***Sistema de precios de referencia de medicamentos***

Otras situaciones de dificultad de acceso a determinados medicamentos tienen su origen en causas diferentes. Así, la aprobación de la Orden SSI/1225/2014, de 10 de julio, por la que se procede a la actualización del sistema de precios de referencia de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud, dio lugar a que la empresa titular de autorización de un medicamento indicado en determinados tratamientos hormonales con testosterona decidiera solicitar la salida de su producto del catálogo de medicamentos financiados y su comercialización libre, ante el menor interés económico del precio de referencia aprobado.

Varios afectados plantearon quejas por la exclusión de financiación de este fármaco, en atención a que la alternativa, aun cumpliendo los objetivos terapéuticos, empeoraba sus circunstancias de tratamiento, entre otras la periodicidad de las tomas. Además, algunos especialistas seguían indicando el tratamiento con el medicamento excluido, por efectos indeseados de la otra medicación en sus pacientes. La actuación seguida por esta institución ante el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** hubo de concluirse al no apreciarse la existencia de una laguna terapéutica, por más que deba compartirse la contrariedad de los pacientes que ven afectado su bienestar y calidad de vida (14018617 y relacionadas).

La financiación por el Sistema Nacional de Salud de los medicamentos viene asociada a las indicaciones terapéuticas autorizadas para cada producto. En algunos casos, los avances de investigación nacional o internacional aconsejan la extensión de autorización a una o varias indicaciones distintas, circunstancia que puede tardar más o menos en ser formalizada una vez que cuenta con suficientes avales científicos, en cuyo caso los centros sanitarios deben solicitar autorizaciones especiales para determinados casos clínicos urgentes.

En 2014, se inició la tramitación de la queja de un paciente oncológico para el que sus médicos habían recomendado el uso de un determinado fármaco en la circunstancia señalada. El **Servicio Gallego de Salud** denegó la autorización especial, a pesar de contar con un dictamen favorable del correspondiente Comité de Bioética; de hecho, la nueva indicación ya se recoge en la ficha técnica del producto desde 2015. La respuesta de la Administración en este supuesto llegó varios meses después de que el paciente hubiera fallecido (14010848).

### ***Subasta de medicamentos***

En el informe anterior se mencionaba la **Recomendación** que se formuló a la entonces **Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía** sobre el «Acuerdo Marco de homologación para la selección de principios activos para



## Informe anual del Defensor del Pueblo 2015

---

determinadas indicaciones». En 2015, dicha Administración ha comunicado finalmente la no aceptación de la recomendación, indicando que el Acuerdo Marco ya se está ejecutando, tras su paso por el Tribunal de Recursos Contractuales autonómico. No obstante, se precisaba que a través de dicho procedimiento no se han adjudicado principios activos referidos a las áreas terapéuticas de interés para los especialistas en oncología. Además, y de acuerdo con lo informado, quedaría a salvo, en todo caso, la libertad de prescripción de los facultativos (13027902).

### 7.11 TRANSPORTE SANITARIO

Continúan recibándose quejas por un funcionamiento defectuoso del servicio de **transporte sanitario no urgente**, referidas al ámbito de la **Comunidad de Madrid**. Se trata de pacientes que deben acudir con periodicidad a sesiones de tratamiento de diálisis, de rehabilitación u otros, que ponen de manifiesto habituales retrasos en la recogida y regreso a sus domicilios, que en ocasiones incrementan en varias horas los horarios programados. También, en ciertos casos, exponen el trato inadecuado que reciben de las compañías prestadoras del servicio cuando expresan su desacuerdo con la atención recibida. La institución solicitó información sobre las medidas adoptadas de control y seguimiento de los contratos de este tipo de servicio, con el fin de que puedan ser corregidas las situaciones detectadas. La respuesta recibida sobre esta cuestión hace referencia detallada a los expedientes incoados a las empresas encargadas del servicio y menciona otras medidas adoptadas para mejorar la comunicación entre la unidad administrativa de coordinación, las empresas de transporte y los centros sanitarios (15000088, 15002412 y 15013292).

En otras quejas se pone de manifiesto la escasez de recursos para cubrir el servicio de transporte sanitario cuando se incrementa la demanda, por ejemplo, en períodos vacacionales, especialmente en aquellas zonas rurales alejadas de los principales centros sanitarios. Resulta ilustrativa una actuación por la falta de ambulancias para la atención a una paciente de edad avanzada residente en una determinada zona de la provincia de Zamora, que sufrió un accidente y cuyo traslado tuvo que efectuarse finalmente por medios particulares ante la falta de disponibilidad de transporte (14021717).

### 7.12 SANIDAD AMBIENTAL Y ALIMENTARIA

La **Organización Mundial de la Salud** (OMS) ha elevado el nivel de riesgo del uso de determinados herbicidas con glifosato, por considerar que contienen elementos potencialmente cancerígenos. Se trata de un herbicida que se emplea en agricultura y

para labores de control de la maleza en los entornos urbanos, solares y jardines. Si bien en España es un producto legal, atendiendo a la normativa europea, esta institución ha solicitado información a la **Secretaría General de Sanidad y Consumo y a la Subsecretaría de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente** sobre las medidas de vigilancia en su uso y sobre las posibles restricciones que puedan establecer a la vista de las indicadas cautelas de la OMS (15014443).

### 7.13 TERAPIAS NATURALES

En el año 2012, esta institución abordó la regulación de las denominadas terapias naturales solicitando información al **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, al Ministerio de Educación y Cultura**, así como al **extinto Instituto Nacional de Consumo**. En aquel momento no existía previsión con carácter inmediato de abordar la regulación de las terapias naturales por parte del citado Ministerio de Sanidad.

A lo largo del año 2015, se han mantenido reuniones con diversos colectivos que abogan, desde posiciones diversas e incluso contrarias, por establecer una regulación sobre las llamadas terapias y medicinas naturales. Se solicitó una valoración sobre el estado de la cuestión al **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**.

La postura de la Administración sigue el criterio recogido en la Sentencia del Tribunal Supremo de 7 de abril de 2011, que ratificó la del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 8 de junio de 2009, mediante la que se declaró la nulidad del Decreto autonómico 31/2007, de 30 de enero, por la que se regulan las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales.

El **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** mantiene que el ejercicio de las terapias no convencionales requieren para su aplicación de la supervisión de un profesional sanitario, en centros sanitarios autorizados y en condiciones de seguridad y eficacia homologadas por las autoridades sanitarias, por lo que no tiene previsiones de proceder al establecimiento de una nueva regulación en esta materia (12031824 y relacionadas).

### 7.14 ESPACIO SOCIOSANITARIO

Esta institución ha continuado en la línea de las actuaciones que inició en el año 2007, sobre las dificultades y sobrecostes a los que deben hacer frente las **personas celíacas**. Para ello solicitó información al **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** sobre el impacto de las campañas de concienciación de la enfermedad, especialmente entre los profesionales sanitarios, con vistas a favorecer un diagnóstico precoz; así como