

## 8 SANIDAD

### Consideraciones generales

Durante 2016 las actuaciones vinculadas a la salud se han referido, como es habitual, a la atención especializada (30,83 %), a la atención farmacéutica y los medicamentos (10,53 %), a la salud pública y a la seguridad de los pacientes, ambas por encima del 9 % de las actuaciones con tramitación en el año. A estas, hay que sumarle las relacionadas con la situación de las personas con enfermedad celiaca, la mayor parte de ellas quejas de tramitación agrupada, ya que en este asunto se entremezclan cuestiones sanitarias, sociales y de protección de los consumidores.

Las actuaciones de oficio en este ámbito han sido 42 y se centran en su mayor parte en las materias ya enunciadas. Varias de ellas, como las referidas al desarrollo del sistema de interoperatividad de las recetas entre servicios de salud o sobre el estado de las listas de espera en cirugía plástica reparadora para mujeres sometidas a mastectomías, afectan a varios o a todos los servicios de salud. En la misma situación se encuentran las actuaciones de oficio parcialmente vinculadas con cuestiones sanitarias relativas a la enfermedad celiaca y a la protección social de los enfermos oncológicos, asuntos sobre los que esta institución trabaja en la preparación de sendos estudios monográficos, de cuyos resultados se dará cuenta en el próximo informe.

Los porcentajes globales de admisiones e inadmisiones a trámite se reparten prácticamente por mitades. Resulta especialmente alto el de admisiones, 2 de cada 3 actuaciones en esta materia, referido a atención especializada, en la mayoría de los casos por problemas con listas de espera.

Más del 53 % de las no admisiones lo han sido por no apreciarse indicios de actuación irregular por parte de la Administración. El resto de los motivos de inadmisión se han mantenido en porcentajes más discretos. El segundo de los motivos, con alrededor del 7 % de los expedientes, fue la falta de respuesta a una solicitud de datos adicionales para poder tramitar la queja.

Las admisiones a trámite se siguen en su mayor parte tanto con los órganos del **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** como con los **departamentos y consejerías de todas las comunidades autónomas**, en especial con los 18 servicios territoriales de salud. A ellos se suman otros organismos, como la **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios**, e incluso autoridades municipales, por cuestiones relacionadas con la salud mental o la salud pública.

En términos generales, el ritmo de respuesta por parte de las administraciones es aceptable, aunque ha ascendido ligeramente, respecto del año precedente, hasta el 33 %, el número de investigaciones en que ha sido necesario formular un primer requerimiento de respuesta tras la petición de información. La emisión de segundos requerimientos es poco frecuente y afecta a alrededor del 8 % de las actuaciones. Los terceros requerimientos en esta materia han sido tres, todos ellos finalmente atendidos antes de concluir el año 2016.

El reseñado volumen de actuaciones ha dado lugar a la emisión de 23 resoluciones, de ellas **18 recomendaciones y 5 sugerencias**. Nuevamente la atención especializada ha concitado el mayor número de resoluciones.

La evaluación realizada sobre la conclusión de los expedientes pone de manifiesto que en casi la mitad de los casos la investigación finalizó apreciando una actuación correcta de la Administración responsable. En un 26,5 % de los expedientes se logró un cambio, total o parcial, en la posición de la Administración. En 13 casos, la mayoría de ellos referidos al copago y financiación públicas de medicamentos, los expedientes se cerraron con diferencia de criterios entre esta institución y los organismos implicados.

Al margen de estos datos cuantitativos, procede dar cuenta aquí de dos actuaciones relacionadas con supuestas irregularidades en los procesos internos de elección de juntas directivas en los colegios profesionales de enfermería de la Comunidad de Madrid y del Principado de Asturias. El **Colegio Oficial de Enfermería de Madrid** solicitó que se suspendiera dicha actuación por estar el asunto sustanciándose en un procedimiento judicial. Con relación al **Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería del Principado de Asturias**, al cierre del ejercicio no se había recibido respuesta (16003602, 16005095 y relacionadas).

También cabe citar un asunto relacionado con la responsabilidad parental. La **Consejería de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura** ha manifestado estar realizando estudios para cumplir una **Recomendación** y una **Sugerencia** que se le han formulado al objeto de facilitar una tarjeta sanitaria a cada progenitor de menores de edad que no convivan pero mantengan la patria potestad, para facilitar el acceso normalizado a los servicios y prestaciones durante los períodos en que los menores permanezcan con cada uno de ellos (15015367).

## 8.1 ASISTENCIA SANITARIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

### 8.1.1 Inmigrantes sin autorización de residencia

Aun cuando la normativa general sobre las limitaciones a la asistencia sanitaria con cargo al Sistema Nacional de Salud de las personas en situación irregular no ha variado, se han detectado cambios en la práctica de varios servicios de salud. Así, la **Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha** ha informado de la elaboración de nueva normativa aplicable a personas inmigrantes en situación documental irregular, así como de la impartición de instrucciones orientadas a evitar supuestos de ruptura de la continuidad asistencial, cuestión que en su día motivó la emisión de varias sugerencias (14002717 y 14009799).

También la **Comunidad de Madrid** ha indicado que va a seguir un criterio semejante, a pesar de lo cual la **Consejería de Sanidad** no admitió una **Sugerencia** para que se dejase sin efecto una factura emitida por la atención sanitaria prestada a una de estas personas en el servicio de urgencias del Hospital General de la Defensa Gómez Ulla, en un asunto en que actuó en virtud de un convenio firmado con el Servicio Madrileño de Salud (15006299).

### 8.1.2 Situación de los españoles no de origen que residen en el extranjero y de sus familiares durante desplazamientos temporales a España

El Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, que desarrolla la Ley 40/2006, de 14 de diciembre, del Estatuto de la ciudadanía española en el exterior, establece en su artículo 26 que solo tienen derecho a la atención sanitaria en España los españoles de origen y sus familiares que retornen al país o se desplacen temporalmente a España, siempre que no tengan cobertura sanitaria por ningún otro medio. No menciona a los españoles que adquirieren la nacionalidad por opción, carta de naturaleza, o residencia, ni a sus familiares.

Esta institución considera que las diferentes vías de acceso, pérdida y recuperación a la nacionalidad española no justifican que pueda darse un trato diferenciado o limitarse el ejercicio de los derechos inherentes a tal condición. Por tal motivo, se **recomendó** a la **Secretaría de Estado de la Seguridad Social** la modificación del citado precepto, al entender que la distinción entre nacionales para el reconocimiento del derecho a la sanidad en España en estos supuestos es contraria a las normas que regulan la protección a la salud, no atiende al principio de universalidad del Sistema Nacional de Salud, carece de justificación objetiva y vulnera el principio de igualdad ante la ley.

La citada Secretaría de Estado ha señalado que la asistencia sanitaria de los españoles en el extranjero se rige por los convenios internacionales que incluyan este derecho y, en su defecto, en las normas internas ya citadas, cuya modificación se pretende, así como que la distinción entre españoles de origen, además de que carezcan de asistencia por cualquier otra vía, la hace la propia norma legal. Coincidiendo con el criterio ya expresado por el **Instituto Nacional de la Seguridad Social**, ponía de manifiesto que si el legislador hubiera querido ampliar los supuestos de cobertura sanitaria a los españoles no de origen, lo hubiera previsto expresamente. A su juicio, no cabe apreciar discriminación por este hecho.

El Defensor del Pueblo no comparte los razonamientos de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por lo que al cierre de este informe el asunto permanece en estudio para determinar las siguientes actuaciones (16007454).

## 8.2 AUTONOMÍA DEL PACIENTE, INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SANITARIA

Se concluyeron las actuaciones reseñadas en el anterior informe, relativas a la armonización de la formación del personal sanitario con respecto a la dignidad e intimidad de los pacientes, una vez que el Pleno de la **Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud** aprobó el «Protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en ciencias de la salud». Se prevé la aplicación del contenido de dicho documento en los centros sanitarios de Sistema Nacional de Salud (SNS), en los centros y entidades privadas de carácter sanitario que, mediante concierto o bajo cualquier fórmula de gestión indirecta colaboren con el SNS en la asistencia, la docencia o la investigación, así como en aquellas entidades sanitarias privadas acreditadas para la formación en Ciencias de la Salud (12035023 y 14004157).

## 8.3 ORDENACIÓN DE PRESTACIONES

No se han registrado avances sustanciales respecto de la inclusión de las pruebas genómicas para el pronóstico de pacientes con cáncer de mama en la cartera básica del SNS. Se ha señalado a la **Subsecretaría del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** la necesidad de agilizar la evaluación de dicho asunto, a fin de garantizar una atención basada en las mejores prácticas, en la evidencia científica disponible y la equidad en el acceso a los recursos en la sanidad pública (13032025, 14018131, 15004484 y 16014334).

También continúa en seguimiento la actuación abierta sobre las limitaciones al tratamiento hormonal de la disforia de género en menores de edad en la sanidad pública,

que en 2016 ha seguido pendiente de la decisión de la **Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación del SNS** (15005618 y 15007900).

En este ejercicio, se iniciaron actuaciones con el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** a fin de conocer las previsiones para el establecimiento de un registro nacional de donantes de gametos para inseminación artificial. Según la información oficial recibida, se está trabajando en el desarrollo de una plataforma informática de gestión centralizada que albergará el Registro Nacional de Donantes y Donaciones, por lo que la actuación permanece abierta (16002537).

Con relación a la adopción de acuerdos respecto al tratamiento de las personas con epilepsia refractaria, es objeto de supervisión por parte de esta institución el cumplimiento de las recomendaciones recogidas en la «Estrategia de Abordaje a la Cronicidad», aprobada por el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**. El **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** reconoce el derecho de acceso de los usuarios a la cartera de servicios comunes en condiciones de igualdad y, con carácter general, la necesidad de remitir a aquellos pacientes que precisen técnicas que no pueden serles ofrecidas por los servicios de salud a centros idóneos. Con ese fin se han establecido servicios o unidades de referencia en seis hospitales y en dos complejos hospitalarios, ubicados en Andalucía, Cataluña, Galicia, Comunidad de Madrid, Comunitat Valenciana y País Vasco (15014255).

#### 8.4 LISTAS DE ESPERA

Las listas de espera constituyen el principal motivo de queja de los ciudadanos y dan ocasión a la formulación de un relevante número de resoluciones.

Con relación a las demoras en la atención de procedimientos quirúrgicos y pruebas diagnósticas a internos del Centro Penitenciario Ocaña II (Toledo), asunto aludido desde el informe de 2013, se puso en práctica la **Recomendación** efectuada sobre reducción de la demora en las listas de espera para la realización de procedimientos quirúrgicos programados en los servicios de cirugía que afectaban a la población reclusa. Sin embargo, durante 2016 se han concluido las actuaciones sin que el **Servicio de Salud de Castilla-La Mancha** haya formalizado un acuerdo con el **Ministerio del Interior** para facilitar al servicio médico del referido centro penitenciario el acceso a sus aplicaciones («Mambrino» y «Turriano») y, con ello, a los resultados de pruebas diagnósticas efectuadas a los internos (13023095).

Por lo que se refiere al período de espera para la aplicación de la técnica de la fecundación in vitro (FIV) se han realizado dos actuaciones de interés. Así, en la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, se constató la existencia de un plazo de espera superior a 19 meses en el caso de la persona que

presentó una queja. En su respuesta, el **Servicio Andaluz de Salud**, señaló que estaba previsto citar a la interesada de forma inminente y participó las medidas adoptadas para aumentar la capacidad de dicha unidad en 300 ciclos al año, por lo que se concluyeron las actuaciones (16005006).

Parecida situación, con períodos de espera de hasta 28 meses, se producía en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. La **Consejería de Sanidad de la Región de Murcia** comunicó que se ampliarían las instalaciones, una vez finalizadas las obras del nuevo pabellón materno-infantil, e informó de la realización de labores previas para ajustar a la demanda los recursos humanos y materiales de la Unidad de Reproducción Asistida, para lo que preveía disponer de los correspondientes pliegos de prescripciones técnicas antes de finalizar 2016 (15010621).

#### 8.4.1 Listas de espera quirúrgicas

Como viene siendo habitual, la apreciación de situaciones de demora estructural en las listas de espera de diferentes servicios de cirugía ha llevado a la formulación de recomendaciones que se han complementado con sugerencias cuando las intervenciones que precisaban las personas directamente interesadas en las quejas no se habían producido aún. Se ofrecen a continuación diversos ejemplos de tales actuaciones:

- **Recomendación y Sugerencia** por el excesivo tiempo de espera para la realización de una mamoplastia en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. La interesada llevaba aguardando dos años y medio en el momento de presentar la queja (16011390).
- **Recomendación y Sugerencia** por la tardanza en la realización de procedimientos quirúrgicos calificados como urgentes por el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Canarias. En el caso analizado, en que se requería el cierre de una ileostomía tras un tratamiento de quimioterapia, la demora era superior al año y había siete pacientes más con demoras superiores. La **Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias** asumió las resoluciones e informó de la implantación de un sistema de priorización que contempla criterios clínicos y aspectos psicosociales que puedan determinar la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias (16000766).
- Respecto de la **Recomendación** formulada en 2015, al detectarse demoras superiores a 30 meses en el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Complejo Hospitalario de Albacete, se han concluido las actuaciones una vez que se implantaron medidas como la prolongación de la actividad en jornada de

mañana, la contratación de personal y el establecimiento de acuerdos de colaboración con otros hospitales (15005651).

- También en 2015 se formularon dos **Recomendaciones** para corregir demora existente en los Servicios de Cirugía y de Traumatología del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. En 2016 el **Servicio de Salud de Castilla-La Mancha** ha informado de la reestructuración del Servicio de Cirugía General, que permite realizar intervenciones en otros tres centros del Complejo Hospitalario de Toledo, así como de la continuación de las obras del nuevo hospital de dicha ciudad, que previsiblemente permitirá ampliar el número de camas y de quirófanos (15007962 y 15011208).
- Con relación al mismo centro se formuló una **Recomendación** por la demora apreciada en una intervención de microdrenaje a un niño a consecuencia del alto índice de ocupación de los quirófanos. La Administración sanitaria castellanomanchega ha informado de que la nueva contratación de profesionales ha permitido acortar los tiempos de espera de la lista de espera quirúrgica (16005834).
- También han concluido las actuaciones iniciadas en su momento por la falta de reprogramación ágil de intervenciones suspendidas en los hospitales universitarios de Albacete y Guadalajara, que dieron lugar en 2015 a la formulación de sendas **Sugerencias**. Por el mismo problema, se ha formulado en 2016, una **Recomendación** relativa a los criterios de reprogramación aplicados para estos casos por el Hospital Universitario General de Ciudad Real. Dicha recomendación permanece en seguimiento para determinar el alcance de la aceptación comprometida (15009926, 15010488 y 16009494).
- En lo que concierne a las demoras detectadas en el Servicio de Traumatología del Hospital Son Espases de Palma de Mallorca, que motivaron la emisión de una **Recomendación**, en 2016 finalizó la tramitación del expediente, dada la aplicación de medidas para lograr una reducción sustancial de las mismas (14020240).

#### 8.4.2 Lista de espera en implantes de prótesis de mama tras una mastectomía

Se iniciaron actuaciones de oficio con todos los servicios territoriales de salud al constatarse demoras en la realización del procedimiento quirúrgico de implante de prótesis de mama y reconstrucción de seno a mujeres que han sufrido una mastectomía tras un cáncer de mama. Las respuestas hasta el momento recibidas, todas ellas en fase de seguimiento, pueden resumirse del siguiente modo:

- El **Servicio Andaluz de Salud** indicó ser consciente del problema y trabajar en la aprobación de un proyecto de norma de garantía de plazos de respuesta quirúrgica que incluya todos los tipos de procedimientos de reconstrucción diferida (16008060).
- El **Servicio Cántabro de Salud** ha informado de que la tramitación legislativa precisa para la inclusión del mencionado procedimiento quirúrgico entre los que cuentan con plazos de garantía podría efectuarse en 2017, al tiempo que señalaba que prepara de forma paralela programas especiales para la reducción de estas listas de espera (16008066).
- El **Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón**, la **Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias** y la **Secretaría Autonómica de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público de la Generalitat Valenciana** han comunicado su disposición a modificar las respectivas normativas de garantía para contemplar estas técnicas (16008061, 16008065 y 16008081).
- Se han formulado **Recomendaciones** a las **consejerías competentes en esta materia de Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura y Galicia** para que promuevan actuaciones para incluir estos procedimientos entre los que tienen garantizado un período máximo de acceso a la prestación sanitaria en la correspondiente normativa de garantía de plazos de respuesta quirúrgica, así como la adopción de medidas para reducir la demora existente (16008067, 16008068, 16008070 y 16008072).

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

Se ofrecen a continuación una referencia a las actuaciones más significativas en este ámbito:

- Ante la dificultad detectada en el Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga) por las limitaciones de los aparatos para efectuar resonancias magnéticas, vinculadas al peso máximo de los usuarios, el **Servicio Andaluz de Salud** ha recordado a los facultativos la necesidad de comprobar todos los requisitos previos para solicitar pruebas diagnósticas y, en caso de duda, consultar con los radiólogos. Dicho servicio informó también de la incorporación de nuevos aparatos que permiten ampliar el rango de uso hasta los 150 kg (16009637).
- Al apreciarse una demora de más de un año para la realización de tomografías (TAC), en el Servicio de Radiología del Hospital de Lanzarote (Las Palmas), se remitió a la **Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias** una **Recomendación** para la reducción de la lista de espera. También se emitió una

**Sugerencia** para que se realizara con la mayor prontitud la prueba a la interesada, que condiciona la posterior elaboración de un informe clínico por parte de los especialistas. La Administración sanitaria canaria informó de las medidas adoptadas para dar cumplimiento a las resoluciones, en especial la elaboración de un plan especial para la disminución de la lista de espera (16001358).

- Se permanece a la espera de respuesta de la **Recomendación y Sugerencia** formuladas al **Servicio de Salud de Castilla-La Mancha** por la demora de más de seis meses en llevar a cabo un procedimiento en el Complejo Universitario de Albacete, desde que los especialistas médicos de su Unidad del Dolor solicitaran la inclusión en la correspondiente lista (16008226).
- Se constataron demoras en el Hospital Universitario de Guadalajara a raíz de una queja planteada por un tiempo de espera superior a siete meses para efectuar una resonancia magnética. La **Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha** informó de las dificultades para cubrir las plazas de radiólogos, por lo que se han desarrollado medidas que han llevado consigo la reducción del tiempo medio de espera a 18 días (15014010).
- En el Servicio de Radiología del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo se constataron demoras estructurales de 15 meses. La **Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha** aceptó la **Recomendación** formulada y comunicó que para normalizar la lista de espera había derivado ciertas exploraciones a otros centros (16005834).
- Tras cuestionar la suspensión y modificación, en tres ocasiones, de una prueba diagnóstica programada en el Servicio de Ginecología del Hospital del Henares (Coslada), por causas imputables a la organización de los servicios sanitarios, la **Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid** ha informado de las actuaciones para adecuar la oferta asistencial de dicho servicio a las demandas de la población incluida en su área de influencia (16008729).

## 8.5 ACTUACIONES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Durante 2016, la recepción de quejas en atención primaria no ha sido especialmente significativa en términos cuantitativos. A efectos ilustrativos pueden reseñarse dos actuaciones: la seguida respecto de la suspensión del control de la presión arterial al haberse averiado el único monitor autónomo para tal fin existente en el Centro de Salud Casco Vello de Vigo (Pontevedra), a consecuencia del cual se ha establecido un sistema para el traslado temporal de aparatos desde otros centros. Y la que afectaba a la

población pediátrica adscrita al Centro de Salud La Plata de Torrejón de Ardoz, que al haberse visto incrementada no recibía los tiempos mínimos de atención previstos. El **Servicio Madrileño de Salud** reforzó la plantilla para hacer frente al incremento de la demanda asistencial (15013121, 15014589 y 15015260).

## 8.6 ACTUACIONES SOBRE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Con relación a la prestación de cuidados paliativos, esta institución está pendiente de la remisión de información de la **Subsecretaría del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** relativa a las conclusiones y medidas de mejora que se deriven de la evaluación de la «Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud». El Defensor del Pueblo considera que tal evaluación debe permitir la revisión de las necesidades globales para dicha estrategia y la adecuación de los dispositivos a las necesidades buscando una mayor homogeneidad en la dotación de estos recursos y la equidad en el conjunto del SNS (14022401).

La **Dirección General del Servicio de Salud de las Illes Balears** comunicó la previsión de dotar plazas de especialistas en alergología al apreciarse la inexistencia de tal servicio en los centros sanitarios de dicha comunidad. La Administración se comprometió también a derivar entre tanto a los pacientes al Hospital La Fe, de Valencia, en los casos que así lo requieran. Se ha solicitado información complementaria para conocer cuándo se producirá la efectiva cobertura de las plazas (15008148 y 16005778).

Se concluyeron las actuaciones con la **Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León** una vez que quedó establecido que los procedimientos diagnósticos o terapéuticos de la misma especialidad deberían ser, cuando la organización de los servicios lo permita, realizados por el mismo médico que hubiese sido asignado o elegido por el paciente (16002688).

Tres actuaciones inciden sobre la atención de población de una comunidad autónoma por los servicios sanitarios de otra limítrofe: la relativa a la atención en el Hospital de Calahorra (La Rioja) a la población residente en el municipio navarro de San Adrián, por estar más próximo a esta localidad que el de Estella (Navarra), que afecta a la falta de atención en los centros hospitalarios de **Osakidetza** (Servicio de Salud del País Vasco); a los ciudadanos de la Zona Básica de Salud del Valle de Losa, que ahora deben acudir a Burgos; y la interrupción de la asistencia a la población residente en el norte de la provincia de Toledo por parte de los centros hospitalarios de la Comunidad de Madrid. En los tres casos las actuaciones han seguido abiertas en 2016 ya que no se han alcanzado los oportunos acuerdos para facilitar la asistencia de la manera más accesible para los ciudadanos (12011174, 15012038 y 15013473).

El cierre del Punto de Atención Continuada (PAC) del Centro de Salud Sagasta supuso un incremento considerable del número de pacientes en el servicio de urgencias del Hospital Provincial de Zaragoza. Por ello, se inició una actuación de oficio con el **Departamento de Sanidad de la Diputación General de Aragón**, que dio cuenta de los datos del sistema de información de urgencias y comunicó la reapertura del mencionado PAC (16001758).

## 8.7 RESPUESTAS A LAS RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO CONJUNTO DE LOS DEFENSORES DEL PUEBLO SOBRE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Como resultado del estudio *Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes*, presentado en 2015, esta institución había formulado las **Recomendaciones al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) y a las ocho comunidades autónomas que no tienen establecida una figura homóloga a la del Defensor del Pueblo en su organización institucional**. Se ofrece a continuación un resumen de las respuestas recibidas:

- El **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**, a quien se formularon nueve recomendaciones, acepta la referente a la interoperatividad de la historia clínica entre los servicios territoriales de salud. También asume el diseño de sistemas que proporcionen mayor autonomía a los pacientes en la disposición de sus antecedentes clínicos básicos y que faciliten el acceso por los profesionales de urgencias a las instrucciones previas de los pacientes. No se aprecia interés en establecer un sistema común de acreditación de la calidad y homologación de los servicios hospitalarios de urgencias. Se está pendiente de avances en la regulación de la seguridad de los pacientes de los servicios de urgencias y en la creación de un sistema nacional de notificación y registro de efectos adversos, así como en la acreditación de la calidad y homologación de los servicios hospitalarios de urgencias. No ha sido aceptada la recomendación sobre la aprobación de las especialidades médica y de enfermería de urgencias y emergencias (15000962).
- El **INGESA**, al que al igual que a los servicios autonómicos de salud que figuran a continuación se le formularon 12 recomendaciones, informó de la situación en los servicios de urgencias de los hospitales de Ceuta y Melilla. Concluye que dichos centros cumplen con las recomendaciones referidas al respeto a la dignidad de los pacientes, al papel de los Médicos Internos Residentes (MIR), que se facilita la presentación de documentos de instrucciones previas y su remisión al Registro Nacional y se procura dar una respuesta ajustada a cada

reclamación evitando las respuestas predefinidas. El mencionado instituto ha informado, además, de la toma en consideración del contenido de las recomendaciones para su inclusión en un plan estratégico de atención a las urgencias, especialmente las relativas a la elaboración de una estrategia en materia de seguridad de los pacientes, a agilizar su salida de los servicios de urgencias una vez finalizada la atención, a la adopción de medidas para reconducir la atención de pacientes con enfermedades crónicas, a la supresión de las prácticas administrativas con efecto disuasorio, a facilitar el acompañamiento de pacientes en situación de fragilidad, a actualizar los protocolos en los servicios de urgencias y al sometimiento de estos a procesos de acreditación de calidad (15000963).

- Esta institución se encuentra pendiente de recibir información de la **Consejería de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura** sobre la inclusión efectiva de las recomendaciones formuladas en el plan de urgencias y emergencias en proceso de diseño para determinar su grado de aceptación. La digitalización de las historias clínicas, la estratificación de la población para determinar perfiles de pacientes crónicos complejos y optimizar su atención, así como la previsión de instaurar un sistema de triaje informatizado y común para los servicios de urgencias hospitalarios, se encuentran en fase inicial de desarrollo (15000964).
- Según la información oficial recibida de la **Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha** la implantación del «Plan Dignifica» en los servicios de urgencias hospitalarias de la región ha supuesto una mejora en la gestión de los tiempos de respuesta y en la atención a los pacientes. También se alude a que se ha regulado la supervisión de los MIR. De igual modo se han actualizado las aplicaciones informáticas que recogen efectos adversos y datos sobre las últimas voluntades que son puestos a disposición de los profesionales. Asimismo, se prevé iniciar un proceso de acreditación de los mencionados servicios y la creación de un grupo de pacientes a fin de implantar propuestas para mejorar la asistencia (15000965).
- La **Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia** comunica sus previsiones de elaborar protocolos para mejorar la disponibilidad de los recursos, desarrollar aplicaciones informáticas para el manejo de las historias clínicas y promover un estudio sobre las necesidades de atención por dispositivos multidisciplinares de los pacientes con enfermedades crónicas. En el Área de Urgencias se emplea un sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente. Se señala también que los extranjeros residentes en situación documental irregular y con recursos insuficientes pueden solicitar su

- La **Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid** ha informado de diversas medidas que se hallan en línea con las recomendaciones formuladas por esta institución. Así, se alude al contenido del «Plan de Ordenación de los Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud», y de la «Estrategia de Seguridad del Paciente», que contiene referencias a las prácticas a desarrollar en los servicios hospitalarios de urgencia. La mencionada Administración ha dictado instrucciones con el fin de facilitar el acompañamiento de los pacientes por familiares o allegados en los servicios de urgencias, ha realizado actuaciones para facilitar información a los usuarios de forma periódica y ha adoptado medidas orientadas a evitar la estancia de los pacientes ya diagnosticados en estos servicios. También ha elaborado el «Plan Estratégico al Paciente Crónico», que define el circuito de estos pacientes durante su estancia en centros hospitalarios (15000967).
- El **Servicio Riojano de Salud** ha dado parte de la implantación efectiva de la historia clínica electrónica en todos los niveles asistenciales y la viabilidad de su integración en el Sistema Nacional de Salud. Dicha Administración manifiesta que no emite documentos de pago de la atención prestada en urgencias a inmigrantes en situación documental irregular, permite el acompañamiento a los pacientes en situación vulnerable en consultas y en puesto de atención, y señala que ha implantado un sistema de conciliación de la medicación en el ingreso y al alta como estrategia de seguridad del paciente. Se contempla igualmente la agilización del traslado de los pacientes a partir de la hospitalización en domicilio y se prevé la inclusión de medidas como la realización de encuestas de satisfacción y el establecimiento de una formación específica para profesionales de urgencias (15000968).
- Con relación a las medidas para paliar la saturación de los servicios, la **Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria** ha comunicado la existencia de consultas de atención rápida para casos menores, así como de una unidad de cuidados intermedios planteada como alternativa a la hospitalización convencional. Los profesionales de dichos servicios han recibido formación en temas de seguridad, entre los que se incluyen la recogida y análisis de eventos adversos con repercusión clínica. También ha señalado los proyectos pendientes de desarrollo, como la clasificación de los pacientes en función de su

morbilidad, con especial utilidad en el caso de pacientes con patología crónica. Está por resolverse la acreditación efectiva de los servicios de urgencias de varios hospitales de esa comunidad (15000969).

- La **Consejería de Sanidad del Principado de Asturias** ha informado de los procesos de desarrollo relativos a una nueva estructura de las urgencias extrahospitalarias, a la evaluación de la situación de los pacientes con enfermedades crónicas, a las estrategias en materia de seguridad de los pacientes de urgencias, a los procesos de acreditación de los servicios y evaluación de la calidad y a los aspectos que permitirán disminuir el tiempo de permanencia de los pacientes en estos servicios (15000970).
- La **Consejería de Salud del Gobierno de las Illes Balears** ha remitido el proyecto de atención a los pacientes crónicos y ha manifestado su propósito de evitar el acceso reiterado en las urgencias hospitalarias de dichos pacientes a través de la aplicación de protocolos de derivación directa a los hospitales. Las líneas de actuación relativas a la seguridad del paciente recogen un sistema de identificación, la implantación de un sistema de notificación de incidentes críticos, un plan de seguridad del medicamento y otro sobre formación de seguridad clínica (15000971).

El seguimiento de la efectividad de las medidas previstas por las Administraciones con relación a las recomendaciones formuladas deberá prolongarse en el tiempo, ya que muchas de estas medidas requieren de modificaciones normativas y organizativas, así como de un imprescindible rodaje, por lo que esta institución continuará sus tareas de supervisión.

## 8.8 SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Tras el fallecimiento de una niña que fue atendida en el servicio de urgencias de Teruel, provincia en la que se encontraba desplazada, y trasladada al Hospital Miguel Servet de Zaragoza, tras dilatarse la espera de la aceptación del traslado por parte del Hospital La Fe de Valencia, se formuló una **Recomendación** a la **Subsecretaría de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana** para que se mejorara la coordinación y la respuesta entre el Hospital La Fe de Valencia y otros hospitales del Sistema Nacional de Salud en la derivación de pacientes. Esta institución está a la espera de que se especifiquen las medidas implantadas para la puesta en práctica de la recomendación, que ha sido aceptada (16000351).

La situación médica de un paciente requería periódicamente el cambio de una sonda vesical. Ello motivó repetidos desplazamientos al servicio de urgencias del Hospital General de Segovia, por no ser asumido dicho cambio por el personal de

enfermería del centro de salud de un municipio de esa provincia, pese a que la indicación médica era que la derivación a urgencias solo procedería en circunstancias excepcionales dado el cuidado especial que se requiere para evitar infecciones en la vía urinaria. La tramitación del expediente ha concluido una vez que se ha comunicado por la **Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León** que se ha establecido una cita semanal con el Servicio de Urología del Complejo Asistencial de Segovia para realizar este cambio (16009323).

Se concluyeron igualmente las actuaciones realizadas con la **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios** una vez que se tuvo constancia de la previsión de revisar y mejorar la sección de instrucciones de uso en el dispositivo «Essure», método anticonceptivo permanente que generó efectos adversos en algunas usuarias. Según la información recibida, las comprobaciones efectuadas indican que el número de casos problemáticos es muy limitado y no supera el de otros métodos de anticoncepción. También se ha informado de que se está considerando incluir a un grupo de pacientes en los estudios de seguimiento que va a realizar la empresa distribuidora (16013095).

## 8.9 SALUD PÚBLICA

Los cambios en el calendario oficial de vacunación infantil son frecuentemente objeto de controversias puestas de manifiesto en las quejas recibidas. Las decisiones de actualización adoptadas por la práctica totalidad de los servicios de salud autonómicos en los últimos dos ejercicios han venido a plasmar el consenso a este respecto en el seno del **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**, así como la reivindicación de una parte de la comunidad científica, en cuanto a la conveniencia de incorporar, por ejemplo, la vacunación frente al neumococo en la primera infancia o de vacunar sistemáticamente contra la varicela a los cuatro años (frente al anterior criterio que abogaba por la autoinmunización y vacunación, en su caso, a los 12 años).

La incorporación de la vacuna frente al neumococo se ha producido, según cada comunidad autónoma, entre enero de 2015 y diciembre de 2016, siguiendo el acuerdo alcanzado en el referido Consejo Interterritorial, aunque cada Administración ha adoptado su propio criterio de aplicación temporal, de modo que se acordaba la vacunación a los niños nacidos a partir de una fecha. El hecho de que esta concreta vacuna se encontrara ya autorizada y ampliamente comercializada desde hace años y fuera recomendada con habitualidad por los pediatras, hacía que muchos niños de entre 0 y 18 meses se encontraran en proceso de vacunación, en tres dosis, al momento de aprobarse la medida de incorporación al calendario oficial. La restricción temporal acordada por cada Administración daba lugar a que niños en idénticas circunstancias se

vieran excluidos, por razón de edad, de la financiación con cargo al Sistema Nacional de Salud de las vacunas que precisaban. Durante 2016 esta situación ha sido planteada en las comunidades autónomas de Andalucía y Castilla-La Mancha.

En su respuesta la **Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha** dio cuenta que había examinado la posibilidad de extender la vacunación frente a la enfermedad neumocócica invasora a niños nacidos antes del 1 de enero de 2016 para completar las pautas de vacunación ya iniciadas por estos. No obstante, atendiendo a la incidencia de la enfermedad en menores de cinco años, a las tasas de ingresos hospitalarios por 1.000 habitantes en el mismo grupo de edad, así como a la cobertura de vacunación en años anteriores, al precio de la vacuna y a la disponibilidad presupuestaria, se entendió que no se justificaba la adopción de la citada medida. Se está a la espera de conocer la información de la Administración andaluza sobre esta misma cuestión (16002158 y 16014560).

Otro grupo de quejas recibidas en 2016 expresaban preocupación por la suspensión acordada con relación a la Administración de la dosis de recuerdo de la vacuna frente a la tos ferina en niños de seis años. En estos casos, la institución ha aportado a los interesados la información disponible, que apunta a un problema de alcance global en la producción y distribución de unidades de esta vacuna, asociado también a un cambio en la recomendación de vacunación, por el que se administra la vacuna en mujeres embarazadas, precisamente para prevenir la aparición de casos graves de esta enfermedad en las primeras semanas de vida del niño. La demora en la Administración de dosis de recuerdo a los seis años fue consensuada en la **Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**, en línea con la posición del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades, a quien la Comisión Europea consultó la cuestión, para priorizar la vacunación inicial (2, 4 y 6 meses de edad) y el recuerdo a los 18 meses, teniendo en cuenta la menor gravedad de la enfermedad en la edad escolar (16002012, 16002411 y 16012894).

A raíz del conocimiento de diversos estudios e informes que alertan sobre un incremento en la incidencia de contagio por VIH, especialmente entre hombres jóvenes, se solicitó información sobre el desarrollo de las medidas contenidas en el «Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-16». Desde la **Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación** se indicaron las medidas puestas en marcha para trabajar en prevención y las campañas de sensibilización social iniciadas con tal propósito. También se aludió a la existencia de programas centrados en los nuevos perfiles y los nuevos entornos sociales detectados en el citado plan estratégico, cuyo desarrollo está siendo objeto de seguimiento por parte de esta institución (15018572).

## 8.10 SALUD MENTAL

Si en el transcurso de las visitas de supervisión realizadas a centros o unidades en las que se atiende a personas con enfermedad mental surgen dudas sobre determinados aspectos de la atención prestada, se inician actuaciones de verificación. Tal fue el caso de las actuaciones de oficio acordadas para solicitar información a la **Fiscalía General del Estado** sobre las condiciones en que se ejerce la tutela de varios internos en el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos (Madrid). Al cierre de este informe se está a la espera de respuesta (15013113, 16006791 y relacionadas).

Similar proceder se sigue cuando algún indicio de desatención es apreciado por las quejas que presentan los propios afectados o un familiar o allegado. Cabe referir el caso de un matrimonio de edad avanzada, que ponía de manifiesto una situación de violencia por la convivencia con dos de sus hijos que padecían trastornos mentales y se comportaban de forma agresiva. Afirmaban haberse dirigido ya a distintas instancias sin obtener ninguna respuesta efectiva y creían que debía ser revisada judicialmente la capacidad de sus hijos. Trasladados los hechos al **ministerio fiscal**, el informe recibido señalaba que uno de los hijos había mejorado su actitud por lo que no parecía por el momento necesario impulsar una medida de modificación de la capacidad. Con relación al otro hijo, la Fiscalía sí entendía necesario instar la intervención judicial para proceder al nombramiento de un tutor (15008958).

En 2016, se visitaron las unidades psiquiátricas de los Hospitales de Puerto Real (Cádiz) y Virgen de la Montaña en Cáceres, en actuación conjunta con la unidad del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP). La supervisión de los protocolos de ingreso no voluntario, de las prácticas establecidas de vigilancia o contención para la seguridad de los pacientes y de las condiciones generales de funcionamiento y organización dieron lugar a la elaboración de unas conclusiones que se detallarán en el informe del MNP. El Defensor del Pueblo reclama desde hace tiempo, en línea con la doctrina constitucional y el consenso científico, la necesidad de abordar una regulación integral y con el suficiente rango legal de los procedimientos para la adopción de medidas coercitivas sobre los pacientes de salud mental y otras situaciones de pérdida de la capacidad volitiva, que garantice el pleno respeto a los derechos fundamentales de los afectados sin merma de la calidad asistencial que reciben (16009391, 16012883).

## 8.11 PRESTACIÓN FARMACÉUTICA Y MEDICAMENTOS

Como se apuntaba en el anterior informe anual, se ha seguido con el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**, con las **Administraciones sanitarias autonómicas**, y con el **Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)** los procesos

de implantación de la receta electrónica y de desarrollo de la interoperabilidad para su uso en todo el Sistema Nacional de Salud. Según la información recibida de estas administraciones, la receta electrónica ya está prácticamente operativa en todos los lugares, al menos, en el nivel de atención primaria. En cuanto a la interoperabilidad, los datos facilitados a esta institución señalan que las comunidades de Canarias, Extremadura y Navarra ya emitían y recibían recetas interoperables en el mes de septiembre y era previsible que se sumaran a este grupo las comunidades de Castilla-La Mancha y Galicia. Otro grupo más amplio de comunidades, Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Cataluña, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Comunitat Valenciana, La Rioja y la Región de Murcia, así como el INGESA, habían iniciado la fase de pruebas o habían aportado ya el calendario de estas. Se encontraban más rezagadas en el despliegue del sistema de interoperabilidad las comunidades autónomas de las Illes Balears, Cantabria y el País Vasco. En caso de cumplirse las previsiones del ministerio y de la mayor parte de las consejerías, el proceso debería estar prácticamente completado en 2017 (15009940 y relacionadas).

#### 8.11.1 Copago farmacéutico

Las quejas en materia de copago farmacéutico recibidas en 2016 continúan centrándose en las disfunciones que ya han sido objeto de estudio y recomendaciones por parte del Defensor del Pueblo, según se recoge en los últimos informes anuales. A pesar de que la normativa vincula la capacidad económica de los usuarios y su nivel de aportación en la prestación farmacéutica ambulatoria, la regulación actual no garantiza que determinados grupos de personas sin ingresos o con rentas muy bajas puedan acceder a los medicamentos que precisan.

Algunas de las quejas recibidas ilustran este problema. Así, una ciudadana solicitaba ayuda ante la imposibilidad de asumir el pago del 40 % del precio de los medicamentos que necesitaba su madre con la que ahora convivía, de 78 años de edad, sin pensión ni ingresos propios y con diversas enfermedades crónicas. En otros casos, son personas con un grado de discapacidad superior al 65 %, o sus familiares, quienes expresan su incomprensión ante el no reconocimiento de la exención en el copago farmacéutico y que acuden a esta institución tras intentar obtener alguna ayuda de la Administración o de diversas instancias no gubernamentales. Las Administraciones sanitarias suelen ceñir su respuesta a la regulación estatal y remitirse a la asignación del tipo de aportación farmacéutica que realiza el Instituto Nacional de la Seguridad Social (16002322, 16010730 y 16010920).

Un caso singular planteaba la situación de un hombre con un trastorno mental, divorciado y que tenía que hacer frente al pago de alimentos para sus hijos. En su queja

señalaba que disponía únicamente de unos 280 euros líquidos mensuales y no iba a afrontar el pago de los medicamentos prescritos, asumiendo que ello suponía un riesgo para su salud y la seguridad de terceras personas. Iniciada actuación con la **Consejería de Sanidad del Principado de Asturias**, se afirmaba que la pauta de los profesionales en estos casos es remitir al usuario a una entidad social privada sin ánimo de lucro, por si esta le podía facilitar alguna ayuda para la adquisición de los medicamentos. La actuación sigue abierta, dado que parece necesario disponer de un protocolo para atender con medios públicos situaciones de alto riesgo como la descrita (16002108).

En el año 2016 ha concluido la actuación seguida para determinar la competencia administrativa acerca de la asignación de las modalidades de copago farmacéutico y la resolución de las reclamaciones de los pacientes a este respecto. El **Ministerio de Empleo y Seguridad Social** remitió el informe que había solicitado a la Abogacía General del Estado, en atención a la recomendación y actuación planteada por el Defensor del Pueblo. Dicho informe, dice que «la insuficiente redacción de dicha norma, [...] no se alcanza a comprender qué dificultad plantea la formulación de una regla clara a fin de determinar la titularidad de la competencia para fijar, como acto jurídico, el porcentaje de aportación a la prestación farmacéutica».<sup>1</sup>

La argumentación del informe asume que el acto de comunicación del nivel de copago que realizan las entidades gestoras de Seguridad Social a las Administraciones sanitarias es meramente un acto material de ejecución y niega el carácter de norma básica al artículo 103 que sí se predica del artículo 102. El informe concluye que, siendo la determinación del nivel de copago farmacéutico una competencia de la Administración sanitaria correspondiente, cabría plantearse alguna fórmula de cooperación efectiva entre esas administraciones y la Seguridad Social, para ofrecer una mejor respuesta a los ciudadanos resolviendo sus solicitudes y reclamaciones en materia de copago farmacéutico. No obstante, considera que tal fórmula no puede ser una encomienda de gestión, pues en la redacción del artículo 11 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre (anterior artículo 15 de la Ley 30/1992), queda excluida la delegación entre administraciones de los actos jurídicos determinantes de la competencia.

El resultado de este estado de cosas es el de la ausencia de garantías jurídicas para los ciudadanos sobre quién es el responsable de determinar el porcentaje de copago que les corresponde y ante quién pueden reclamar. Además, cabe constatar una falta de coordinación entre las distintas administraciones implicadas. Como consecuencia de ello y del examen realizado por esta institución desde 2012 en esta materia se

---

<sup>1</sup> Las referencias a los artículos de la Ley del Medicamento han de entenderse realizadas a los artículos 102 y 103 en el texto refundido aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.

pueden ofrecer algunas conclusiones que acaso ayuden a la labor del legislador si asumiera abordar este tema.

- La cuestión tiene una directa vinculación con el desarrollo del derecho a la protección de la salud (art. 43 de la Constitución española), por lo que la consideración de las circunstancias personales y económicas determinantes de la participación económica de los usuarios debería ser más completa y equilibrada.
- La regulación del artículo 102 (antiguo 94 bis) de la Ley del Medicamento no predetermina de forma absoluta la modalidad de copago farmacéutico de cada usuario del Sistema Nacional de Salud. El artículo 102.8, pese a establecer una lista tasada de supuestos de exención, contiene algún concepto jurídico indeterminado (rentas de integración social) y alguna redacción ambigua (desempleados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo «en tanto subsista su situación»).
- La redacción del artículo 103.3, prevé que la determinación del nivel de aportación del usuario se ha producido antes de comunicarse a las Administraciones sanitarias, con las bases de datos de Seguridad Social, la información transmitida por la Agencia Tributaria y la aportada, en su caso, por otras administraciones competentes. Esta es la interpretación seguida y consentida por las Administraciones sanitarias autonómicas.
- El reparto de competencias en los ámbitos de Seguridad Social y de Sanidad, no excluye la opción del legislador estatal a la hora de atribuir, como norma básica, la específica competencia administrativa para asignar a cada usuario su nivel de aportación en la prestación farmacéutica (u otras prestaciones sanitarias que pudieran desarrollarse en este sentido). Así se ha hecho con la determinación de la condición de asegurado titular o beneficiario del Sistema Nacional de Salud a los entes gestores de Seguridad Social. El problema planteado es más una consecuencia de la deficiente técnica legislativa empleada en el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, a la que aludía el informe de la Abogacía del Estado reseñado y de cierta inhibición mostrada por las administraciones.
- La garantía constitucional de seguridad jurídica exige que la ley disponga el órgano competente y las características básicas de procedimiento para concretar la modalidad de copago farmacéutico asignada a cada paciente. Solo de esta manera quedarán garantizados los derechos de los usuarios en su esfera personal y patrimonial, definiendo claramente además las vías de impugnación de los actos y, con ello, el eventual control jurisdiccional de la actuación administrativa, como ocurre para el resto de prestaciones sociales y de

Seguridad Social. Sin perjuicio del resto de cuestiones abordadas durante este tiempo por esta institución, en relación con la conveniencia de mejorar la progresividad del modelo con la aprobación de nuevos tramos de renta, pendiente desde 2013, y de ofrecer una mayor protección a las personas en situación más vulnerable, como las personas con discapacidad, las personas y familias con muy pocos recursos y otros grupos, como los pacientes con enfermedades crónicas o muy graves (13026571 y 13023705).

#### 8.11.2 Acceso a los medicamentos y financiación

Se inició una actuación ante la queja de una madre que exponía el perjuicio padecido por su hija, de 14 años, afectada por un trastorno de la alimentación, por el consumo de medicamentos laxantes que adquiría sin restricción en oficinas de farmacia. La institución planteó a la **Secretaría General de Sanidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** la inexistencia de previsiones en la Ley del Medicamento sobre la dispensación de medicamentos a menores de edad en oficinas de farmacia, solicitando información sobre la conveniencia de contar con alguna limitación a este respecto. El informe recibido señala que sería complejo y desproporcionado establecer un sistema de control sobre la dispensación de medicamentos a menores, al tiempo que recuerda que los farmacéuticos deben practicar en todo momento el principio de dispensación informada y denegar la dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica cuando no se presente receta.

Esta institución precisó que una previsión legal específica podía ofrecer mayor amparo a la actuación de los profesionales farmacéuticos, si estimaban preciso denegar la dispensación a un menor de edad, lo que redundaría en una mayor protección para la salud de los menores, especialmente adolescentes, que pueden incurrir más frecuentemente en conductas de riesgo, aun con productos no sujetos a prescripción médica, como en el caso expuesto (15013428).

Un grupo de quejas hace referencia a la denegación de visado de inspección aunque se cuente con la debida prescripción a cargo de un facultativo especialista. Esta situación se ha planteado en varias ocasiones con relación al grupo de los llamados nuevos medicamentos de anticoagulación oral (NACOS), respecto de los que tales decisiones se adoptan en virtud de las condiciones de uso autorizadas para su financiación con cargo al Sistema Nacional de Salud. En algunos casos, los servicios de salud autonómicos aplican criterios restrictivos adicionales para autorizar la financiación de estos fármacos. En estas situaciones se da traslado a la Administración competente de aquellos casos en que se aprecia una contradicción entre los criterios de gestión de la

prestación farmacéutica y el criterio avalado en informes de médicos especialistas del propio servicio de salud (15002505, 15006568, 16005817 y 16007787).

Una asociación de profesionales de farmacia y diferentes grupos y personas afectados plantearon a la institución diversos problemas que relacionaban con el sistema de selección de medicamentos seguido en la Comunidad Autónoma de Andalucía, en aplicación de lo previsto en el Decreto Ley 3/2011, de 13 de diciembre. En los últimos días de 2016 se recibió la respuesta de la **Consejería de Salud** a la petición de información formulada, que al cierre de este informe se halla en estudio (16009673).

Otras quejas que, exponen la preocupación de los pacientes en este ámbito son las referidas a los problemas de suministro y abastecimiento de algún medicamento, especialmente cuando no existe una alternativa terapéutica. Los problemas de suministro que han afectado a un medicamento indicado para la enfermedad de Addison, por ejemplo, relacionados con la producción y distribución por parte del fabricante, han tardado más de un año en normalizarse, según la actuación que se llevó a cabo a estos efectos con la **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios** (15006782).

### 8.11.3 Asuntos conexos

En 2016, se ha llevado a cabo una actuación ante la **Secretaría General de Sanidad** y la **Delegación para el Plan Nacional sobre Drogas**, a raíz de las solicitudes presentadas por un grupo de pacientes con patologías graves que reclaman la posibilidad de utilizar con seguridad el cannabis o sus derivados con fines terapéuticos. La mayoría de los casos presentados a esta institución hacían referencia a procesos oncológicos avanzados y a patologías con cuadros de dolor intenso o epilepsia sometidos habitualmente a terapias ordinarias, principalmente farmacológicas, altamente invasivas.

Se recabó información sobre los estudios disponibles en cuanto a la efectividad de los productos derivados del cannabis y las líneas de investigación conocidas. Desde la citada delegación del Gobierno se remitió un informe sobre la normativa nacional e internacional de aplicación, los estudios impulsados por ese órgano sobre este asunto, una mención a estudios sobre eficacia terapéutica y una referencia a los resultados de experiencias comparadas en materia de legalización del cannabis. La Secretaría General de Sanidad remitió un informe de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, centrado en los ensayos clínicos conocidos de medicamentos en cuya composición aparecen cannabinoides. Cabe concluir que en la actualidad no está previsto adoptar medidas concretas de estudio sobre el uso terapéutico o medicinal del cannabis en España, a pesar de la intención de incrementar el conocimiento sobre la

materia. Esto contrasta con la línea seguida en otros Estados de nuestro entorno, como el caso de Italia, donde tras la aprobación en su momento del uso terapéutico del cannabis se ha desarrollado más recientemente una infraestructura de producción de los derivados a cargo de la farmacia militar (16002573 y relacionadas).

#### 8.12 OTRAS PRESTACIONES SANITARIAS

Las incidencias en la gestión de la prestación ortoprotésica a cargo de las Administraciones sanitarias son objeto de algunas quejas ante la institución, bien por la dificultad de los pacientes para adelantar el gasto que supone la adquisición de los productos cuando así está previsto, bien por el retraso en la tramitación del oportuno reembolso. En relación con esto, continúa pendiente la revisión del catálogo general de productos ortoprotésicos (16000811).