

El artículo 17.2 de la Ley 6/1983, de 1 de Diciembre, del Defensor del Pueblo Andaluz, ordena que esta Institución vele para que la Administración autonómica resuelva, en tiempo y forma, cuantos recursos le hayan sido planteados.

A la vista de todo ello, previo el correspondiente Recordatorio de los preceptos legales vulnerados, procedimos a formular a la Delegación Territorial de Salud y Bienestar Social la siguiente **Recomendación**:

“1.- Que sin dilación se ponga término al procedimiento de dependencia.

2.- Que cuando se someta a la Comisión Provincial de Coordinación Intersectorial la asignación del recurso idóneo aplicable a quienes padezcan enfermedad mental, se respete el plazo de resolución del procedimiento de dependencia legalmente establecido, sin que el trámite de valoración retrase el plazo de resolución del Programa Individual de Atención”.

Recomendaciones pendientes de respuesta al cierre del presente informe.

2. 1. 4. Urgencias y Emergencias.

Traemos aquí un supuesto que nos permite advertir cómo a pesar de una completa regulación de una determinada actividad asistencial (con un proceso asistencial integrado y un plan específico al cuadro patológico y un plan funcional del servicio clínico – en el caso un servicio de urgencias hospitalario -), la práctica clínica del día a día resulta a veces ajena a dichos parámetros y previsiones.

Así en el expediente de **queja 11/2841** la interesada denunciaba las condiciones en las que se desarrolló la asistencia proporcionada a su padre en un servicio de urgencias hospitalario.

Afectado de un cáncer de páncreas en estado terminal, venía recibiendo cuidados paliativos en su domicilio por parte de su centro de atención primaria y una unidad de CUDECA, hasta que la presencia de una hemorragia interna sangrante abierta, hizo que los profesionales aconsejaran a los familiares el traslado al hospital.

Organizado el mismo y acordado con especialista del servicio de oncología su ingreso hospitalario para que recibiera la atención adecuada en el momento de su fallecimiento, se vio obligado a discurrir por los cauces y protocolos convencionales del servicio de urgencias hospitalario, donde se demoró su clasificación, su ingreso en el área de observación, y su traslado a otro centro sanitario, en el que definitivamente murió al día siguiente.

Señalaba que los cuidados proporcionados en el domicilio, y el mismo y atención dispensada tanto por los profesionales, como por la familia, en los cinco meses que sobrevivió al diagnóstico, fueron arruinados desde el momento en que el enfermo cruzó el umbral del servicio de urgencias hospitalario, en el que pasó las peores 27 horas de su enfermedad: *“Es triste decir que después de cinco meses muy enfermo, mi padre pasara 27 horas horribles en ese hospital, donde se supone que lo trajimos para que tuviese el bienestar que le correspondía en esos momentos y muriese tranquilito y en paz”.*

Así, nada más llegar, la interesada manifiesta que requirió dar aviso a la doctora que debía recepcionar al paciente, pero que recibió como respuesta que debía esperar a que el paciente fuera clasificado, para lo cual se invirtió una hora y media, que aquel pasó en camilla, manchado en sangre hemorrágica y heces sin que nadie lo aseara ni atendiera. Cuando lo reconoció el doctor, fueron informados de que la doctora había finalizado su turno, pero que ante la falta de camas en dicho hospital había dispuesto su traslado a otro hospital (concertado), donde les dijeron que había una reservada esperándole.

Con posterioridad les avisaron que la ambulancia iba a tardar "*porque viene de camino y ha existido algún problema*", y así transcurrió toda la tarde hasta que sobre las 21:00 horas les advirtieron que pasaría la noche allí, siendo trasladado una hora más tarde a la unidad de observación, en la que a pesar de los ruegos realizados en tal sentido, no les permitieron que un familiar permaneciera acompañándole.

A todo esto, al preguntar por el traslado al otro hospital se limitaron a decirles que la cama "*se ha extraviado*", pero al día siguiente por fin lo llevaron a dicho centro, donde falleció en el curso del día.

La interesada señala que la noche que su padre pasó en observación de urgencias fue la última que estuvo consciente, pues el estado en que llegó al segundo hospital les obligó a iniciar la sedación, de manera que sus últimas horas de vida las pasó solo y asustado, vulnerándose todos los derechos que en el proceso de muerte se reconoce por la normativa vigente.

El informe del hospital indica que el paciente tardó una hora y treinta minutos en ser clasificado desde su llegada al hospital, incumpléndose los tiempos establecidos en el circuito específico diseñado para los pacientes que son trasladados por dispositivos de cuidados críticos y urgencias o servicios de emergencia, al parecer porque no se llevó a cabo la transferencia prevista en estos casos (verbal y escrita) por parte de dichos profesionales.

En segundo lugar se dice que la especialista que había sido avisada de la llegada del paciente cumplió con el protocolo, esperando ser llamada por el médico de urgencias, para lo cual era preciso proceder previamente a la clasificación, puesto que solamente este último, (y no el personal no facultativo) puede contactar directamente con los facultativos especialistas.

Añaden que el día de los hechos relatados por la interesada se dio una importante sobrecarga asistencial en la franja horaria de llegada, y que en este estado de cosas se priorizó la atención al estado clínico de su padre, respecto de su higiene, que dentro de su importancia, era una necesidad de carácter secundario.

Por lo visto tras la clasificación se avisó a la doctora, la cual había terminado su turno, acudiendo el doctor, y después no se añade más que los protocolos de intervención son comunes para evitar la variabilidad en la atención y evitar favoritismos, y que aunque se esfuerzan por garantizar una muerte digna, ello no siempre es posible porque carecen de los medios adecuados para ello, cifrando en los términos de la ley (Ley 2/2010 de 8 de Abril, de derechos y garantía de la dignidad de la persona en el proceso de muerte), exclusivamente un punto de partida para poner en marcha los mecanismos necesarios que permitan cumplir sus previsiones. En concreto se alude a la carencia de espacios para

poder terminar el proceso de la vida dignamente, sin dolor, y acompañado de los familiares y allegados.

Por último se reconoce la labor de asociaciones como CUDECA, pero se destaca el posible desconocimiento por parte de sus profesionales, de la situación de las urgencias, advirtiendo a los pacientes y familiares de que no son los sitios más adecuados para morir, aunque se plantea ponerse en contacto con sus responsables para tratar de solventar estas situaciones.

La atención de cuidados paliativos ha ido ganando en consideración en el marco de la estrategia sanitaria a partir del incremento de la expectativa de vida de la población y a los avances científicos que han permitido aumentar la supervivencia en determinadas enfermedades.

Hasta tal punto se quiere poner el acento sobre este ámbito de actuación del Sistema Sanitario Público Andaluz, que el propio Estatuto de Autonomía de Andalucía (Art. 22) recoge el acceso a los cuidados paliativos como un derecho en materia de salud, en el marco del derecho constitucional previsto en el art. 43 de la Constitución Española.

Con esta premisa la Administración Sanitaria Andaluza ha elaborado un Plan de Cuidados Paliativos y previamente hizo lo propio con un Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos.

A través de los mismos se trata de *“facilitar una atención integral que responda de manera efectiva a las múltiples necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que presentan las personas en situación terminal y sus familias, procurando una mayor dignidad y calidad de vida en el último período vital”*.

A este objetivo se dedican diversos recursos entre los que figuran desde los medios convencionales de atención primaria y hospitalaria, a los medios específicos conformados por las unidades de cuidados paliativos, y unidades de soporte de cuidados paliativos, así como los medios de atención urgente, siendo proveídos desde el SAS, y el resto de entidades sanitarias que se integran en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, así como desde otras instituciones (AECC, CUDECA y OH San Juan de Dios), a través de convenios.

La atención paliativa a enfermos terminales se incluye, casi con la misma redacción, en las carteras de servicios comunes de atención primaria y especializada, según determina el R.D. 1030/2006, de 15 de Septiembre, sobre cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Se refiere en ambos apartados que esta atención *“especialmente humanizada y personalizada, se presta en el domicilio del paciente o en el centro sanitario si fuera preciso, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros recursos y de acuerdo con los protocolos establecidos por el correspondiente servicio de salud”*.

De esta manera se prevé la inclusión en el proceso tras la práctica de una valoración integral por los servicios sanitarios convencionales, que se sucede de un plan inicial de atención, y la posibilidad de que la complejidad de la situación del enfermo haga precisa la intervención de los equipos avanzados de atención, que determinarán el plan terapéutico, y a los que corresponde decidir sobre la permanencia en el domicilio, el acceso

al hospital de día, el ingreso hospitalario en servicio convencional con apoyo por equipo de soporte de cuidados paliativos, o la atención en unidad de cuidados paliativos.

Pues bien, si nos atenemos al discurso de la interesada, su padre venía siendo debidamente atendido desde su dispositivo de atención primaria y el equipo de soporte de cuidados paliativos de la entidad conveniada Cudeca. Aunque desconocemos si se siguieron los pasos anteriormente relatados para la intervención de este último, pues la interesada alude a su participación en virtud de su propia iniciativa, lo cierto es que su mera intervención hace suponer la existencia de una situación de complejidad definida en el estado del paciente, que venía resolviéndose satisfactoriamente, con las lógicas incidencias derivadas de la evolución de la enfermedad.

A pesar de que el hospital cuestionaba el conocimiento por parte de Cudeca de la situación de las urgencias, y la conveniencia de recomendar el ingreso hospitalario con el único fin de que el fallecimiento se produzca en dicho medio, lo cierto es que el consejo no proviene exclusivamente de Cudeca, sino del equipo de atención primaria correspondiente al paciente, y por otro, que el objetivo último estaba muy lejos de que el fallecimiento se produjera en urgencias, sino que se pretendía el acceso del paciente a una cama hospitalaria, seguramente por los contactos establecidos con la facultativa, quizás en el servicio de oncología.

El paciente había sido diagnosticado con hemorragia interna sangrante abierta, y en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos, la hemorragia masiva se considera como una situación de urgencia, *“complicación que con frecuencia conduce a la muerte, ocasionando un gran impacto en los familiares y el enfermo”*.

Para promover la recepción del paciente en el hospital, desde Cudeca se pusieron en contacto con la especialista, la cual habría de *“rescatarlo”* del servicio de urgencias. Sin embargo al llegar al hospital en un medio de transporte sanitario, no se cumplimentaba el circuito específico establecido en estos casos, que habría conducido a la clasificación del paciente en un plazo inferior a quince minutos, sino que se tarda más de hora y media en atenderlo el facultativo correspondiente.

Para esta situación no existe más justificación que una mala transferencia de los profesionales de los servicios de urgencia o emergencia que lo trasladaron, por lo que debemos suponer que no se cumplimentaron las formalidades verbales y escritas que son preceptivas.

Ahora bien, en todo caso era posible conocer que el paciente había sido llevado al centro por dichos medios, y sobre todo en el triaje debió ponerse de manifiesto esta circunstancia, y fundamentalmente debió advertirse la situación de extrema gravedad del enfermo, y clasificarle en el nivel de prioridad ajustado a la misma (desconocemos cuál fue la clasificación), que llevara consigo una atención en consulta dentro de los tiempos establecidos como máximo en el Plan Funcional de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalarios.

Se dice en el informe que tras la clasificación *“se activó rápidamente el recurso médico necesario”*, comunicando la petición de la familia de localizar a la doctora, pero si se activó desde luego dicho recurso no se llegó a disponer.

Como venimos diciendo la intención era internar al paciente en planta de hospitalización, pero por lo visto la especialista, ante la inexistencia de camas, optó por acordar el traslado del paciente a otro hospital, el cual tampoco pudo concretarse hasta bien entrado el día siguiente, de manera que el enfermo permaneció en las mismas condiciones, con visitas ocasionales del segundo doctor, hasta que se decidió su ingreso en observación, que no se llevó a cabo hasta las 22:00 horas.

En este punto nos preguntamos por qué la ya referida doctora accedió al desplazamiento del paciente al hospital si no había disponibilidad de camas, y en su caso, si la solución pasaba por ingresarlo en el segundo hospital, por qué no se le derivó allí directamente, lo que hubiera evitado los inconvenientes de la experiencia hospitalaria que constituyen el objeto de esta queja.

Por otro lado según el mapa de recursos de cuidados paliativos que se recoge en el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012, dicho hospital dispone de una unidad de cuidados paliativos (UCP), destinada a prestar atención en régimen de hospitalización a pacientes en situación terminal de enfermedad oncológica o no oncológica, por lo que tampoco se indica si era esta unidad la que estaba completa, o si se trataba del área de hospitalización específicamente asignada al servicio donde se pretendió el ingreso.

El itinerario de los acontecimientos pone de manifiesto que en absoluto se cumplió el objetivo específico referido en dicho Plan de mantener la continuidad asistencial, pero principalmente se evidencia que el plan de atención entre los recursos avanzados, los de atención urgente, y los residenciales de media y larga estancia que se configura como el presupuesto de dicho objetivo, ni siquiera existe.

La ausencia de un mecanismo preestablecido de coordinación es manifiesta, y se revela incluso en el informe que emite la coordinadora de urgencias y que se acompaña a la respuesta del hospital. Y es que no basta con que exista un circuito preferente en urgencias para pacientes trasladados por DCCU o dispositivos de emergencia, los cuales pueden coincidir o no con los pacientes terminales que estamos considerando, que están en tratamiento de cuidados paliativos. Se echa de menos una estrategia diseñada para favorecer el acceso de estos pacientes al ingreso hospitalario, cuando los recursos convencionales o avanzados que los vienen asistiendo en el ámbito domiciliario, lo estiman necesario.

El propio Plan Andaluz de Cuidados Paliativos dispone que cuando se precise la hospitalización de un paciente en situación terminal atendido en el domicilio, ésta se facilitará desde la UCP cuando exista, o en camas de servicios hospitalarios convencionales, *“mediante un procedimiento previamente establecido al margen del circuito de atención de urgencias y emergencias”*.

Se supone que el equipo de soporte de Cudeca trabaja en coordinación con la unidad de cuidados paliativos del hospital, y sin embargo el único método para tramitar el desplazamiento e ingreso del paciente en la unidad correspondiente, es el contacto personalizado con una especialista del centro, la cual lógicamente se marcha cuando termina su turno, y además al parecer compromete una cama que, con responsabilidad o no de la misma, se demuestra indisponible.

Llama la atención, como decimos el escrito de la supervisora de urgencias, que resulta expresivo de la manera habitual en la que se suceden los acontecimientos en

urgencias, condicionados a la sobrecarga asistencial, al criterio del personal de turno y del día en cuestión, y en definitiva a la casuística del momento, reclamando valientemente de la Administración los medios para poder garantizar los derechos de los usuarios.

Por otro lado en la acción tendente a consolidar el modelo de atención compartida definido en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos, el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos también incluye la de garantizar en los servicios de urgencia hospitalarios las condiciones de confortabilidad y priorización que precisen el paciente y su familia en esa situación.

Esta mención nos introduce en la otra cuestión susceptible de analizar en este supuesto, pues al Proceso Asistencial referido, y al subsiguiente Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, se han venido a añadir con posterioridad las prescripciones de la Ley 2/2010, de 8 de Abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

La norma mencionada se justifica en la protección de la dignidad de la persona en el proceso de su muerte, y la garantía de la autonomía de los pacientes y el respeto a su voluntad, incluyendo la manifestada de forma anticipada mediante testamento vital. Recoge los deberes del personal sanitario que atiende a estos pacientes y las garantías que las instituciones sanitarias están obligadas a proporcionar.

Así contempla medidas específicamente relacionadas con la información, el consentimiento, la toma de decisiones, los cuidados paliativos, el tratamiento del dolor, la intimidad personal y familiar y el acompañamiento.

En concreto la interesada se lamentaba amargamente de que las últimas horas de conciencia de su padre discurrieran en soledad, la noche que pasó en el área de observación de urgencias del centro hospitalario, tras la negativa tajante de los responsables de aquella, a permitir el acompañamiento de algún familiar.

El derecho al acompañamiento del paciente, siempre que la asistencia se preste en régimen de internamiento en un centro sanitario, se sujeta a la compatibilidad con el conjunto de medidas sanitarias necesarias para ofrecer una atención de calidad a los pacientes (art. 16 y 23).

Ahora bien la sobrecarga asistencial o la escasez de espacios no pueden esgrimirse genéricamente para impedir el ejercicio de un derecho que resulta perfectamente exigible, y no puede ser entendido como reseña el informe de ese centro, como un mero desideratum al que se debe aspirar, u objetivo que presida la obligada adscripción de medios. De esta manera las limitaciones para su ejercicio deben ser absolutamente excepcionales.

Con esto no queremos significar que desde esta Institución desconozcamos la realidad material de la mayoría de los hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz en lo que a este aspecto se refiere. No en vano llevamos mucho tiempo preguntando en nuestras resoluciones, dónde deberían quedar emplazados en el área de urgencias los pacientes en situación de agonía, y qué procedimientos tendrían que instrumentarse para garantizar una muerte digna en este ámbito.

En definitiva, concluimos finalmente que no se apreciaba la existencia de una estrategia planificada de coordinación de los distintos dispositivos que intervienen en

cuidados paliativos, principalmente a la hora de articular el ingreso hospitalario de los que vienen siendo atendidos en domicilio, cuando se estima oportuno por los profesionales que le asisten, sino que la cuestión se supedita al establecimiento de contactos personales, que se resuelven en un sentido u otro en función de las circunstancias.

Por otro lado, y con independencia del circuito establecido para pacientes que son llevados a urgencias por los DCCU o los sistemas de emergencia, nos parece que el funcionamiento de dichos servicios debe dotarse de protocolos que permitan identificar a los pacientes terminales desde su llegada, de manera que cuando los mismos han sido valorados y remitidos desde equipos avanzados de cuidados paliativos, puedan eludir el itinerario habitual de urgencias, bien para la resolución de los episodios de agudización, bien cuando la finalidad del traslado es que el fallecimiento se produzca en el hospital.

En último término pensamos que la Ley 2/2010, de 8 de Abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, no determina un período transitorio para facilitar la adopción de los medios que permitan la garantía de los derechos que se recogen en la misma, por lo que al margen de la situación material actual de los centros hospitalarios, estos deben facilitar el acompañamiento de los pacientes en el proceso de muerte, de forma que las limitaciones de este derecho por las exigencias de la prestación de asistencia sanitaria, sean absolutamente excepcionales y resulten plenamente justificadas.

Es por eso que teniendo en cuenta los hechos expuestos, los informes emitidos y las consideraciones realizadas, formulamos a la Dirección Gerencia del Hospital **Recordatorio** de deberes legales (art. 10.1 de la Ley 14/86, de 24 de Abril, General de sanidad y art. 16 de la Ley 2/2010, de 8 de Abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el proceso de la muerte) así como la siguiente **Recomendación**:

“1. Que se establezcan mecanismos de coordinación entre los recursos avanzados de cuidados paliativos para garantizar la recepción individualizada de los pacientes terminales en el servicio de urgencias hospitalaria, así como la atención de los episodios de agudización, o el ingreso hospitalario para que el fallecimiento se produzca en este medio, al margen de los itinerarios habituales de funcionamiento del mismo.

2. Que se analicen y se adopten los medios para el cumplimiento en el ámbito del servicio de urgencias de las garantías reconocidas a los pacientes en el proceso de la muerte, incorporando los que se hagan precisos para satisfacer el respecto de su dignidad.

3. Que se facilite mayoritariamente el acompañamiento de los pacientes en proceso de muerte en todas las áreas del servicio de urgencia, de manera que las limitaciones del ejercicio de este derecho se justifiquen por circunstancias absolutamente excepcionales, no pudiendo entenderse como tales la habitual sobrecarga asistencial.

4. Que se de traslado a esta Institución de las medidas adoptadas para dar cumplimiento a las Recomendaciones anteriores”.

Recomendaciones aceptadas por el Centro hospitalario, señalándonos en su respuesta que se había dispuesto un grupo de profesionales en orden a implantar los protocolos más convenientes en orden a garantizar dicho derecho.

2. 1. 5. Gestión Administrativa.

Destacamos aquí una práctica administrativa cada vez más cotidiana en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) como es la que acontece con la facturación de la asistencia a los particulares cuando estos, a pesar de disponer de cobertura extramuros de dicho sistema acude al servicio público en demanda de asistencia.

La base de datos de usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía contiene los datos relativos al aseguramiento, permitiendo la acreditación del derecho a la asistencia sanitaria. Siguiendo también los dictados de dicho basamento, es preciso señalar que dicha base de datos puede ser consultada desde todos los centros del SSPA y se actualiza mensualmente.

Partiendo de estas premisas ante cualquier demanda de asistencia sanitaria en cualquier centro de dicho sistema, sea de atención primaria o especializada, resulta obligado consultar en la referida base de datos si el paciente o usuario tiene cobertura sanitaria del sistema. Si esto se hiciera así podría comprobarse en cada caso la existencia del derecho, y en el supuesto de que dicha persona no fuera titular del mismo, habría de advertirse de dicha circunstancia y del propósito de facturarle la asistencia que se le dispense, para el caso de que continúe accediendo a la misma en estas condiciones.

Nuestra experiencia nos demuestra que esta comprobación no se efectúa con regularidad, como detallaremos en los casos que a continuación exponemos, que últimamente se presentan con más frecuencia de la que sería deseable, y el hecho de que la facturación no se lleva a cabo una vez que se produce la asistencia (por acto médico o quirúrgico), sino al cabo de un período de tiempo dilatado (a veces cuando han pasado varios años), cuando accidentalmente se llega a conocer la falta de cobertura sanitaria del usuario, y generalmente por las cantidades no prescritas.

El art. 9 de la Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía, determina que la Administración de la Junta de Andalucía «garantizará a los ciudadanos información suficiente, adecuada y comprensible sobre sus derechos y deberes respecto de los servicios sanitarios en Andalucía, y sobre los servicios y prestaciones sanitarias disponibles en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, su organización, procedimientos de acceso, uso y disfrute, y demás datos de utilidad».

Pues bien, esta previsión no suele cumplirse, y de este modo no suele advertirse a los usuarios o pacientes de su situación en torno a su derecho de acceso a las prestaciones y servicios de salud individual y colectiva (art. 6.1 a) de la Ley referida), ni con carácter general a los ciudadanos respecto de la funcionalidad de la tarjeta sanitaria individual y las precauciones a adoptar ante su exhibición con título acreditativo del derecho a la asistencia sanitaria.

En este sentido venimos mostrando nuestra discrepancia con este actuar por parte de los centros del Sistema Sanitario Público, de dispensar sin mayor información la prestación sanitaria con la mera presentación de la tarjeta sanitaria individual, sin que se lleve a cabo ninguna comprobación de su derecho a la asistencia sanitaria mediante la