



Es verdad que la planificación operativa para la implantación de este tipo de centros hospitalarios se ha visto afectada por la actual crisis económica. El estado de cosas actual ha motivado la dinámica de puesta en funcionamiento progresiva para estos centros, que lógicamente se ha proyectado más intensamente sobre los últimos que se han inaugurado, y es de suponer que sobre los que están próximos a ello.

En esta tesitura hay que contemplar la situación de los hospitales de alta resolución de Alcalá la Real y Loja, que iniciaron su andadura en el año 2011. El tiempo transcurrido, más de cuatro años y medio, nos lleva a dudar sobre la intención real de puesta en funcionamiento del área de urgencias, pues si bien la activación progresiva puede resultar entendible en el contexto aludido, un período tan prolongado va más allá de lo que puede entenderse razonable, incluso en las circunstancias actuales.

Conscientes de la pluralidad de objetivos a los que La Administración debe dirigir su esfuerzo inversor, en esta Institución abogamos por realizar un cuidadoso estudio de necesidades, de forma que se pueda establecer un orden lógico de prioridad que permita sacar el mayor provecho a los fondos disponibles, sin obviar otro tipo de circunstancias (equilibrios territoriales, actuación en zonas deprimidas,...).

En todo caso pensamos que la lógica impone priorizar la culminación de lo ya empezado, y por eso en este expediente hemos emitido una **Recomendación** para que se adopten las actuaciones necesarias para la puesta en funcionamiento de la unidad de urgencias de este hospital.

Por lo que respecta a las urgencias de Baza al parecer existe un compromiso administrativo de realización de un estudio técnico, dependiendo de los resultados que se obtengan, la decisión definitiva que se adopte.

1.10.2.4.2 Urgencias hospitalarias

Iniciamos el año alertados por las noticias que salpicaron los medios de comunicación sobre los **elevados índices de demanda de asistencia urgente en los hospitales** de varias ciudades andaluzas, y las consecuentes demoras que esta circunstancia estaba produciendo en el circuito de atención sanitaria, con reflejo en altos niveles de permanencia en el servicio, saturación de las unidades de observación, retraso del ingreso en planta,...

En un primer momento iniciamos algunos expedientes de oficio para investigar las circunstancias concretas de la asistencia proporcionada a algunos pacientes que habían terminado falleciendo, pero con posterioridad utilizamos el mismo procedimiento para generalizar el planteamiento de este tema, teniendo en cuenta que la situación que se ponía de manifiesto en muchos hospitales del SSPA había sido precedida del anuncio de un denominado **Plan de mejora de las urgencias**, así como que por parte de esta Institución y del resto de comisionados participantes, se había dado conocimiento del estudio elaborado conjuntamente sobre **"Las urgencias hospitalarias en el SNS: derechos y garantías de los pacientes"**, y necesitamos confrontar las conclusiones alcanzadas en el mismo con la realidad asistencial en nuestro territorio.

Por lo que hace a los primeros realizamos una valoración conjunta de los informes recibidos en la queja 15/0066, queja 15/0102 y queja 15/0250, los cuales apuntaban a que los pacientes que fallecieron en urgencias durante este tiempo, lo hicieron después de haber sido atendidos y tratados adecuadamente en cada caso.

Lamentablemente, y sin dudar de la afirmación anterior, dichos informes no nos permitían deducir aspectos fundamentales de dicha atención, significativamente de lugar y tiempo, con el fin de valorar circunstancias añadidas a la estricta prestación asistencial.

En todo caso, a tenor de los datos suministrados no nos pareció que en los casos analizados se produjeran dilaciones excesivas en la asistencia inicial de los pacientes, y que por lo tanto dicha circunstancia incidiera en el desenlace.

Pensamos ciertamente que los servicios de urgencia de los hospitales reciben demandas de atención de muy diversa gravedad, y el fallecimiento de pacientes en las dependencias de los mismos no puede considerarse un evento extraño.



Ahora bien también consideramos que la atención de urgencias de determinados pacientes, que por su avanzada edad (85, 88 y 72 en estos casos), y su comorbilidad (cáncer al parecer en al menos dos de los pacientes considerados), revisten un grado elevado de vulnerabilidad, exige a nuestro modo de ver medidas facilitadoras de la asistencia, significativamente la priorización, para evitar que sufran padecimientos adicionales en el proceso normalizado de atención urgente, que repercutan en la vulneración de su dignidad e intimidad.

De ahí que emitiéramos a la Administración Sanitaria **Recomendación** para que se adopten medidas dirigidas a la **priorización de la asistencia de urgencias de pacientes especialmente vulnerables por razón de su edad y comorbilidad**.

La respuesta a la misma abunda en la línea que marca la atención prioritaria de los pacientes frágiles, vulnerables o en riesgo social dentro de su mismo nivel de gravedad, dentro del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, aplicándose también esta medida a los pacientes que poseen la tarjeta más cuidados.

Al mismo tiempo se avanza que antes de finalizar este ejercicio se va a llevar a cabo una modificación del sistema estructurado de triaje, que implica la puesta en marcha del SET, el cual no solo permite priorizar a un paciente vulnerable entre los que comparten el mismo nivel de gravedad, sino incluso otorgarle una prioridad superior, que resulte indicativa por tanto de una necesidad de respuesta médica en menor tiempo.

En cuanto a la queja 15/0161 iniciada de oficio y relacionada con la **saturación de las urgencias hospitalarias**, confluyeron en este expediente distintas realidades. Así, por un lado se nos explicó que la situación que por entonces se estaba viviendo en los servicios de urgencia de varios centros hospitalarios del SSPA evidenciaba niveles de frecuentación anormales, nunca alcanzados hasta el momento, a pesar de lo cual se afirmaba que se había producido una respuesta ágil para atajar la situación, la cual unía una serie de medidas específicas a las ya contempladas en el plan de mejora de las urgencias, iniciado en junio del año pasado, de cuyo contenido se nos daba cuenta.

Esta alusión nos permitió, tras analizar toda la documentación con la que contábamos, advertir en el citado plan medidas que ya aparecían recogidas en los planes funcionales de los antiguos servicios de cuidados críticos y urgencias, junto a otras que podíamos considerar novedosas.

El referido plan de mejora ha implicado al parecer la evaluación particularizada de los servicios de urgencia de todos los hospitales y el establecimiento de un programa singularizado de medidas a adoptar por cada uno de ellos en función de las necesidades detectadas.

Ahora bien, también se nos decía que dicho plan acogía la mayoría de las cuestiones que se incluían en el estudio sobre **"Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes"**, elaborado por el Defensor del Pueblo del Estado y los Defensores autonómicos, entre los que figura esta Institución.

De ahí que optáramos por elevar a la Administración Sanitaria Andaluza algunas de las **Recomendaciones** aludidas, bien porque no nos constara su mención en el plan de mejora, o bien porque no tuvieran una implantación definitiva.

Por nuestra parte, al recibir la respuesta singularizada a las mismas, nos encontramos que efectivamente algunas de las propuestas del estudio participado por esta Institución se encuentran previstas, pero no realizadas.

En este sentido tenemos que destacar necesariamente la evaluación de la atención extrahospitalaria urgente, la cual se asume como compromiso de la Administración en el propio plan de mejora, y que al parecer está dando sus primeros pasos con el envío de cuestionarios de autoevaluación para los dispositivos fijos y los móviles.

En segundo lugar también tenemos que situar en el ámbito de lo programable, la consideración del proceso asistencial de urgencia en la Estrategia de Seguridad, y aunque sin duda nos congratulamos de que la Administración Sanitaria comparta esta idea, los trabajos para su implantación aún se encuentran poco avanzados, y junto a la elaboración de protocolos consensuados para el ingreso hospitalario, insistimos



en la necesidad de reevaluar los protocolos y las guías de práctica clínica que se vienen aplicando en la atención hospitalaria de urgencias.

Por lo que hace a la adaptación de la estructura de los servicios de urgencia hospitalarios a los estándares arquitectónicos y funcionales con mayor nivel de consenso, se asegura que se ha efectuado una comparación de aquellos con los estándares recogidos en el Manual de acreditación de SEMES, y que en los escasos supuestos en que se han advertido desajustes, se han ordenado modificaciones, a llevar a cabo en la medida en que exista disponibilidad presupuestaria.

La garantía de la suficiencia en la dotación de las plantillas constituye sin lugar a dudas uno de los aspectos más discutidos, pues la Administración Sanitaria realiza el cálculo de recursos tomando en cuenta los médicos adjuntos y los residentes a partir del segundo año, mientras que los estándares aludidos (SEMES) sin embargo no permiten que el cómputo de los mismos se realice indistintamente, pues el MIR a partir del segundo año debe contabilizarse como medio adjunto.

En cuanto a la realización de auditorías de estructura y funcionamiento enfocadas a la salvaguarda de la autonomía de la voluntad, la dignidad e intimidad de los pacientes, se alude a las evaluaciones mensuales en el seno del plan de urgencias, y en la medida en que estas se encaminan a garantizar una atención adecuada al paciente, se consideran englobados estos aspectos, pero no se explica si en dichas evaluaciones existen indicadores específicos para los mismos.

Por lo que hace a la agilización de la salida de los pacientes de los servicios de urgencia una vez finalizada su atención, se trata quizás de uno de los problemas cuya resolución aparece más directamente vinculada al funcionamiento de las medidas adoptadas a raíz del plan de mejora, y por lo tanto su satisfacción se encuentra estrechamente relacionada con los resultados que ofrezcan estas últimas (consenso de criterios de ingreso por especialidades, altas tempranas, tiempo límite para el traslado tras el alta,...)

Las Recomendaciones 6, 7 y 8 iban dirigidas a permitir la identificación de determinados grupos de pacientes al objeto de aplicarles medidas específicas.

Respecto de los afectados por patologías crónicas se trata de evitarles desplazamientos inútiles a los servicios de urgencia hospitalarios reconduciendo su atención a otros dispositivos más adecuados. En este sentido parece que cobra virtualidad la funcionalidad del nuevo CMBD de urgencias, por lo que habrá que estar a la explotación que se haga del mismo.

Por otro lado las propuestas pretendían garantizar el acompañamiento y la priorización de la asistencia a determinados colectivos (menores, mayores con déficit cognitivo, enfermos mentales, ...), así como manifestar la preocupación por las personas en riesgo de exclusión social, para las que reclamamos atención a sus problemas de salud y continuidad asistencial.

En relación con el procedimiento de **atención a pacientes en situación de exclusión social**, de cuyo nuevo protocolo de atención en los servicios de urgencia hospitalarios ya dimos cuenta en el Informe del año pasado, hemos iniciado de oficio la **queja 15/4983**, mediante la cual hemos recabado información para comprobar los resultados de su anunciada evaluación.

En otro orden de cosas, y en relación con las medidas para promover la acreditación de los servicios de urgencia hospitalarios, se prevé la publicación de un manual específico para ello por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, y una posible evaluación externa para completar la de dicho organismo.

Por último en lo referente a las reclamaciones, se nos dice que ya se están teniendo en cuenta en la evaluación del plan de mejora, y que se tiene mucho interés en el análisis de las mismas para la mejora del servicio, aunque a nuestro modo de ver este propósito no se ajusta en muchas ocasiones al tratamiento que en la actualidad se está dando a las reclamaciones de los usuarios, cuya respuesta viene presidida habitualmente por la demora, y su contenido escasamente explicativo de su objeto, y menos aún de las medidas que pudieran adoptarse para subsanar la deficiencia puesta así de manifiesto.