



había actuado en tiempos que pudieran entenderse razonables y que resultaran ajustados en el marco de los principios que definen una buena Administración, ni el hospital para facilitar la atención del rehabilitador, ni el distrito sanitario para favorecer el acceso a la sala de fisioterapia, vulnerándose en este caso la previsión temporal que recoge la propia guía a la que nos referíamos.

Al margen de la demora también nos encontramos con **discrepancias respecto a la duración de los tratamientos**, y las circunstancias que motivan la terminación de los mismos (queja 15/4612, queja 15/4292, queja 15/6093, queja 16/2207 y queja 16/3837).

1.10.2.3.5 Reproducción asistida

Resulta oportuno completar este apartado dando cuenta de las actuaciones practicadas en la queja 15/2594, que se inició de oficio en 2015 a fin de valorar dos aspectos fundamentales en el marco de esta prestación sanitaria, a saber, los tiempos que marcan todo el proceso asistencial que determina su recepción, y los **defectos de información** que se vislumbran en las distintas etapas del mismo.

Por lo que hace al primer punto teníamos que tener en cuenta no solo los **plazos de lista de espera** propiamente dicha, sino también los que implican la derivación desde centros de nivel inferior y realización del estudio básico de esterilidad, llegando así a apreciar que con carácter general para la lista de espera hay un plazo medio de 13,5 meses, aunque hay centros que lo superan bastante.

En cuanto a los procedimientos de derivación son diversos y en conjunto pueden llegar a suponer seis meses más, todo ello sin contar con que solo el hospital Virgen del Rocío precisa en torno a los 10 meses para la derivación a su unidad de RHA.

Por su parte, advertimos que la información resulta falta de sistemática y uniformidad en cuanto a los medios y los momentos temporales en los que se ofrece, constándonos múltiples supuestos en los que las solicitantes no han sabido que estaban excluidas del programa hasta que se han interesado personalmente por su posición en la lista de espera.

Concluimos elaborando una **Resolución** que contiene Recomendaciones diversas, respecto a las cuales se nos ha ofrecido respuesta singularizada, destacándose a este respecto el anuncio de constitución de un grupo de expertos para la revisión de los documentos informativos actuales y el diseño de otros comunes para todas las unidades de RHA, así como la elaboración de estudios para poder llevar a la práctica la posibilidad de consulta del estado de situación de la demanda en el registro a través de Salud Responde, y en otro orden de cosas, el ya más que repetido establecimiento de plazos máximos de referencia, ciñéndose el compromiso de llevarlo a cabo a este mismo año.

1.10.2.4 Atención sanitaria de urgencias

1.10.2.4.1 Urgencias extrahospitalarias

Prevalciendo los cuestionamientos globales sobre la suficiencia de los medios puestos a disposición de la **atención sanitaria urgente en determinadas áreas rurales**, se contabilizan igualmente denuncias vinculadas a supuestos concretos en los que la demanda de atención sanitaria urgente no se cumplimentó de manera satisfactoria, fundamentalmente por los tiempos invertidos.

En este segundo grupo nos detuvimos a analizar las circunstancias concretas que presidieron la atención relatada en la queja 15/2631 y concluimos emitiendo sendas **Recomendaciones** para análisis del caso en la comisión de seguimiento y **mejora de la coordinación de urgencias y emergencias del Distrito**, así como adopción de medidas para garantizar la obligación de los dispositivos de comunicar al centro coordinador los diversos estados que se suceden durante su movilización.

Otros dos casos polémicos, sustanciados a través de la queja 16/2515 y la queja 16/2881, pusieron de actualidad la conocida problemática sobre la **atención extrahospitalaria urgente en la zona de**



Badolatosa (Sevilla), sobre la cual hemos intervenido con reiteración, solventándose hasta el momento la demanda realizada por la población de la zona, una vez acreditada la posibilidad de ser atendida en el punto de urgencias de Jauja, con la utilización de la ambulancia ubicada en este último para la realización de desplazamientos que sean necesarios al hospital de Osuna, de forma coordinada con uno de los equipos móviles del punto de atención urgente de Estepa, que completará el traslado tras la recogida del paciente en una localización convenida entre ambos.

La solicitud de un **equipo médico adicional para** la atención urgente es el hilo conductor de sendas reclamaciones referidas a los municipios de **Alhaurín el Grande y Estación Cártama**. Con un ámbito parecido de cobertura poblacional, plantean esta pretensión para evitar la desatención que al entender de sus promotores se produce, cuando el único médico de guardia en el centro de salud de la localidad debe desplazarse en ambulancia para atender las urgencias fuera del mismo, llegando incluso a prolongarse esta situación durante un tiempo considerable.



Tras la puesta en relación de los medios disponibles en ambos casos y los datos de actividad ofrecidos, pensamos que en Alhaurín el Grande en principio no parece que las activaciones del equipo móvil, ni los tiempos que entrañan las mismas, distorsionen excesivamente la dinámica de atención en el propio centro de salud de los profesionales que conforman el dispositivo de atención a urgencias, en relación con la franja horaria controvertida; mientras que en Estación de Cártama solo durante los fines de semana podría resultar discutible.

Ahora bien, ello no quita que la actividad asistencial pueda verse salpicada de disfunciones, puesto que la coincidencia o sucesión de demandas de atención con elevado nivel de prioridad en un corto espacio de tiempo, unido a la concurrencia de activaciones del equipo móvil, incluso para dar cobertura secundaria a otras localidades, puede originar en determinados momentos situaciones de difícil atención, incumbiendo a la Administración la función de minimizarlas y tratar de responder de la mejor manera posible.

A pesar de todo, traemos a colación la previsión que en el denominado **Plan de Mejora de las Urgencias Hospitalarias** se contiene en relación con la elaboración de un plan de mejora de las urgencias prehospitalarias (dispositivos de cuidados críticos y urgencias de atención primaria y 061), y el compromiso asumido por la Administración en la respuesta a las **Recomendaciones** emitidas en la queja de oficio tramitada por esta oficina sobre urgencias hospitalarias (queja 15/0161) para llevarlo a cabo, dándose cuenta de los primeros pasos que se estaban adoptando

Como nos parece que la valoración que conlleva la elaboración del mencionado plan es el método más efectivo para evaluar situaciones como las que se plantean en estas quejas, nos hemos propuesto realizar el seguimiento de su oportuna materialización.

Por otro lado, quisiéramos dejar constancia de la resolución favorable de la problemática originada por la denunciada inactividad del **servicio de urgencias del centro hospitalario de alta resolución de Alcalá Real (queja 14/0497)**, tras la comunicación por la Administración Sanitaria de la existencia de un compromiso de apertura a lo largo de 2016, y sobre todo tras conocer por diversos medios de comunicación, que definitivamente se completó la cartera de servicios de dicho centro, poniéndose en funcionamiento dicha prestación con fecha 1 de abril.



En cuanto a las **urgencias de Baza**, que constituían el objeto de la queja 15/1903, estimamos oportuno solicitar a la Administración Sanitaria el traslado de una copia del estudio técnico realizado para analizar la situación.

A la vista de los datos de actividad obtenidos en un determinado período, aquella llega a la conclusión de que el servicio de urgencias del hospital puede asumir la atención de los pacientes que vienen siendo atendidos por la UCCU de atención primaria, sin superar el estándar recomendado (tres pacientes por hora para cada facultativo en todos los tramos horarios).

Partiendo de esta premisa se postula un nuevo modelo de atención a urgencias en la zona que conlleva la eliminación del punto fijo de atención primaria de urgencias, de manera que en el horario ordinario de funcionamiento del centro de salud (desde las 8 hasta las 20 horas) se proporcionará por los facultativos del mismo, y por el equipo móvil allí ubicado en cuanto a la atención de urgencias en el exterior; trasladándose este al hospital en el tramo que va desde las 20 horas hasta las 8, y durante los fines de semana, y dispensándose desde aquella atención urgente ininterrumpidamente a quienes la demanden, o sean derivados por los equipos móviles o desde los centros de salud.

Lógicamente, desde esta Institución no podemos discutir los parámetros de actividad tomados como referencia, aunque estimamos irregular el mantenimiento de una duplicidad de módulos de atención urgente en un mismo dispositivo que se reparte los pacientes conforme a criterios artificiosos, y creemos que, al margen de que las decisiones adoptadas puedan entenderse adecuadas o no, obedecen a la mecánica que ha precedido su adopción en otras ubicaciones, tras la valoración específica de los principales indicadores en estos casos (población, cronas, recursos y frecuentación).

1.10.2.4.2 Urgencias Hospitalarias

En el informe de 2015 dimos conocimiento de la iniciación de un expediente de queja de oficio (queja 15/4983) para investigar la implantación en todos los centros hospitalarios que cuentan con servicios de urgencia, del **protocolo de atención en las Urgencias a las personas en situación de riesgo social**, a fin de conocer los resultados de la evaluación de funcionamiento, que al cabo de un año, estaba llevando a cabo la Administración Sanitaria.

En este orden de cosas, quisimos conocer si todos los centros contaban con los requisitos básicos establecidos en el mencionado protocolo, a saber, si se había adaptado aquel y con qué fecha, si tenían disponible la guía de servicios sociales comunitarios, se habían establecido las actuaciones de la unidad de trabajo social (UTS) y definido la estrategia ante la falta de recursos de servicios sociales, se contaba con un sistema de registro en funcionamiento, se habían desarrollado acciones formativas del personal y se contaba con espacio que preservara la intimidad de las entrevistas.

A este respecto, el informe remitido de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS nos indicó que la totalidad de los hospitales públicos cuenta con un procedimiento específico de atención, habiéndose adaptado el mismo al protocolo actualizado con anterioridad a 2015 en un 51,65% de los casos, y durante dicho ejercicio en el 48,39%.

También señala el informe que todos cuentan con una guía de servicios sociales comunitarios y disponen de un profesional de trabajo social de referencia (excepto el hospital Alto Guadalquivir que se vale del apoyo de profesionales de atención primaria y servicios sociales), llevándose siempre a cabo un seguimiento de las personas acogidas al procedimiento, tanto en urgencias, como después del alta.

Al mismo tiempo, refiere que el 96,77% de los hospitales ha definido una estrategia específica para el caso de inexistencia de recursos sociales, encontrándose aquella en elaboración en el hospital de Riotinto; y que un 83,87% tiene un sistema de registro específico para esta tipología de proceso, mientras que el resto se vale de los sistemas de información general del hospital.

Por otro lado, el 70,97% de los centros dispone de un espacio para llevar a cabo las entrevistas en el ámbito de urgencias, mientras que los demás los tienen en otros servicios.