



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.



Por último, y por lo que respecta a la formación de los profesionales de urgencias y los responsables de la utilización de la guía de servicios sociales comunitarios, se alude a su desarrollo al momento de elaboración del informe, incorporándose otras actividades de esta naturaleza al plan de formación del año 2016.

Pues bien, junto a estos datos, también solicitamos que se cuantificaran los casos de pacientes en situación de riesgo social que se habían detectado en el período que estamos considerando de vigencia del procedimiento, clasificados por centro hospitalario, y atendiendo al criterio de inclusión en la categoría reseñada (personas con discapacidad que acuden solas, o acompañadas por persona que presenta dificultades para atenderle, ancianos con sospecha de malos tratos o abandono, mujeres o menores con sospecha de malos tratos, y personas sin hogar).

Además, en relación a este último colectivo (**personas sin hogar**) quisimos conocer aproximadamente la tipología de las afecciones que motivó la comparecencia en urgencia, el contenido de las intervenciones de la UTS que se desarrollaron, el número de casos en los que se determinó la derivación a un recurso de servicios sociales y la tipología de los mismos, así como el de supuestos en los que se acordó la prolongación de la estancia hospitalaria para garantizar la continuidad asistencial, el tiempo que alcanzó la misma y la dependencia del centro donde se llevó a cabo.

Sobre el particular el informe comenta que entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2015, comparecieron en los servicios de urgencia de hospitales públicos andaluces 1.591 personas que cumplían alguno de los criterios de riesgo social contemplados en el protocolo, se menciona que 966 fueron derivados a algún recurso social, (60,72%), y 383 prolongaron la estancia en el centro.

Del cuadro explicativo que se adjunta puede desprenderse que los hospitales que recibieron un mayor número de pacientes de estas características fueron, en orden decreciente: Virgen del Rocío (215 casos), Torrecárdenas (118), Virgen Macarena (110), Regional de Málaga (107) y Costa del Sol (103).

Ahora bien, en la medida en que no se distingue por criterio de inclusión, no podemos contabilizar cuáles de estos casos se correspondieron con la tipología de personas sin hogar, y por lo tanto cuál fue la pauta de intervención más frecuente en los mismos, y el tipo de recurso utilizado para la derivación, cuando se pudo poner en práctica esta vía.

No está de más hacer esta precisión puesto que una de las observaciones que desde esta Institución realizamos a la propuesta de protocolo, es que no existen espacios sociosanitarios a los que estas personas puedan acceder temporalmente en tanto se resuelve la enfermedad o al menos la crisis de la misma, y mientras se analiza su situación con idea de alcanzar otra solución que pudiera resultar definitiva en relación con la problemática social que les afecta.

En esta tesitura reflejamos también que los centros residenciales que se integran en el sistema de servicios sociales especializados no se conciben como dispositivos temporales para recibir cuidados y atención sanitaria, y que no está previsto un acceso inmediato a los mismos, el cual normalmente exige el reconocimiento de dependencia y la instrumentación de un largo procedimiento.

En todo caso, se nos dice que las derivaciones se han producido, con carácter general, a los siguientes tipos de recursos: centros residenciales, centros de acogida, centros de atención a drogodependencias, ayuda a domicilio, centro de atención a la mujer, servicio de protección de menores, servicios sociales comunitarios, dispositivos de salud mental, unidades de estancia diurna, ONG y viviendas de apoyo a enfermos de SIDA.

En definitiva, se afirma que el procedimiento se está aplicando en todos los hospitales, planteándose como áreas de mejora los tres puntos que se reflejan a continuación: diferenciar criterios de riesgo social y urgencia social, para poder establecer un nivel real de prioridad en la atención a personas vulnerables; determinar protocolos consensuados con los organismos de los que dependen los recursos sociales más utilizados, e incrementar la formación,

Como consecuencia de la evaluación practicada, se avanza como resultado una nueva versión actualizada del protocolo (fecha el 07.08.2015 viene a sustituir a la que lo fue el 16.03.2014), tras cuyo análisis, aparte de algunas precisiones terminológicas, se descubre un nuevo apartado dedicado a la descripción



de funciones, tanto del personal de triaje, como del equipo responsable, en el que se contemplan aspectos más relacionados con la asistencia de urgencias propiamente dicha.

Del análisis de su contenido nos gustaría destacar tres aspectos:

1. la anticipación de la atención a los pacientes incluidos en el ámbito de aplicación del protocolo, una vez asignado nivel de prioridad y circuito de atención, respecto de los pacientes de igual grado de prioridad asistencial
2. la valoración de la necesidad de practicar una exploración analítica y radiológica básica, con independencia del motivo de la consulta, cuando se detecten factores de exclusión social que limiten el acceso a los servicios de salud, y
3. la limitación de la permanencia en urgencias a un período de 24 horas, cuando sin haber criterio de ingreso se decide prorrogar la estancia hospitalaria por razones de desprotección o vulnerabilidad social, debiéndose en este tiempo, si no hay resolución del caso, indicar el procedimiento para establecer la unidad de gestión clínica hospitalaria de destino del paciente.

Atendiendo a la expuesto, podemos **concluir** que los requisitos básicos del protocolo se cumplen de manera casi generalizada en los hospitales del sistema sanitario público, que de hecho ya se está funcionando con el mismo y se ha detectado un número concreto de pacientes con criterios para ello, de los cuales algunos se han beneficiado incluso de la medida excepcional de prórroga de la estancia hospitalaria que contempla.

Por otro lado, en la nueva versión del protocolo se vislumbran algunos aspectos que entroncan más directamente con la asistencia sanitaria propiamente dicha que se proporciona a estos pacientes, y por lo tanto, en cierta medida, se aproximan a algunas de las sugerencias que sobre este punto se plantearon desde esta Institución.

1.10.2.5 Tiempos de respuesta asistencial

Probablemente no hay un indicador de la calidad de la asistencia que aparezca más íntimamente ligado a los niveles de satisfacción de los usuarios que los **tiempos de respuesta asistencial**.

En el cómputo general de las quejas recibidas, las relacionadas con los tiempos que marcan las intervenciones quirúrgicas, las pruebas diagnósticas y las consultas de especialidades representan aproximadamente el 25%, mientras que la tramitación de los expedientes en este ámbito ha generado el grueso de las Resoluciones emitidas.

Partimos de un posicionamiento muy consolidado de esta Institución en torno a la **exigencia de plazos razonables** para las distintas actuaciones, demandando medidas para que se respeten los tiempos máximos que se han establecido normativamente, y reclamando en caso de superación de los mismos que se notifique dicha circunstancia a los usuarios, para que puedan ejercer el beneficio asociado (posibilidad de requerir que la actuación sanitaria en cuestión se les proporcione en el ámbito asistencial privado); pero reclamando también que las actuaciones que no gozan del beneficio de garantía de plazo de respuesta se desarrollen conforme a los criterios que determinan una buena Administración.

Para valorar el nivel de observación de los plazos de garantía de atención en primeras consultas de especialidades en el **hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva**, cuyas agendas de citación se habían cerrado durante el verano, iniciamos de oficio la queja 15/3496.

En el curso de su tramitación llegamos a solicitar tres informes de la Dirección Gerencia del centro, saldándose el último de ellos con la remisión de los cuadros incorporados en Boletín de la Subdirección técnico asesora de gestión de la información del SAS, comparativos de visitas de atención primaria solicitadas y citadas por área hospitalaria y especialidad, y porcentajes de tramos de demora en consultas externas, relativos al ejercicio de 2015.