



Llamamos la atención sobre este aspecto porque la [falta de acompañamiento en la comparecencia de dos pacientes en servicios de urgencias de hospitales andaluces](#), ha sido determinante a la hora de que su situación pasara inadvertida para los profesionales de la unidad, que no pudieron impedir el fallecimiento en ninguno de los casos.

Sobre uno de ellos ya procedimos a la incoación de expediente de oficio a finales del año pasado y de hecho dimos cuenta de dicha apertura en este mismo apartado del Informe Anual correspondiente a 2017 ([queja 17/6790](#)).

En concreto, en el mismo se sustanciaba la causa de la desasistencia de la que fue objeto una anciana que había sido trasladada en ambulancia desde un centro de mayores, permaneciendo más de doce horas en sus dependencias hasta que se advirtió su presencia y se comprobó su fallecimiento, ya de madrugada.

Por otra parte, en la [queja 18/0345](#), que iniciamos de oficio, se contemplaba la situación de un paciente que acudió por su propio pie, pero que igualmente no respondió a sucesivos llamamientos a consulta porque durante su estancia en la sala de espera había sufrido un ictus, de manera que cuando al final se descubrió su ubicación y se advirtió su estado poco se pudo hacer en su beneficio.

La relevancia mediática de lo sucedido, y pensamos que la propia conciencia sobre el vacío existente en algunos de estos casos, o la falta de uniformidad de las actuaciones previstas en los mismos ha llevado a la intervención de la Administración sanitaria que ha fabricado diversos protocolos con la triple finalidad de: priorizar y controlar la espera de los pacientes durante todo el proceso de atención, minimizando los riesgos y asegurando la calidad de la atención en las salas de espera; identificar de forma inequívoca a todo/a usuario/a en situaciones de especial riesgo y vulnerabilidad, considerando como tales (entre otros) a los pacientes solos, y establecer una sistemática de actuación uniforme para los profesionales que proporcione los mecanismos de seguridad y comunicación adecuados en caso de ausencia de respuesta ante la llamada de un paciente para su atención sanitaria.

A la vista de que nuestra actuación en todo caso habría de dirigirse a la formulación de Recomendaciones y Sugerencias con esta misma finalidad, considerando que las propuestas que habrían de incorporarse ya se han adoptado, pensamos que lo que nos concierne es el seguimiento y vigilancia estrecha de su puesta en práctica.

...

### 1.11.2.10 Salud mental

La situación del derecho a la protección de la salud en relación con las personas que vienen afectadas por un problema de salud mental constituye un punto de referencia obligado de nuestra anual rendición de cuentas, pues no por conocida la problemática que revela las quejas que recibimos en este apartado, resulta menos preocupante, en tanto que evidencian el [alto índice de sufrimiento que esta enfermedad ocasiona a quienes la padecen y a su entorno familiar y social](#).

Los planteamientos que nos llegan son muy diversos, y ponen de manifiesto muchas veces la impotencia de los familiares ante el deterioro progresivo de los enfermos cuya evolución no pueden modificar, a pesar de la búsqueda desesperada de ayuda, que aunque frecuentemente ofrecida en forma de tratamientos y recursos, no siempre es aceptada por quien está llamado a recibirla, en el libre ejercicio de su voluntad.

El supuesto del [enfermo que no se trata y vive solo o enturbia la convivencia en el ámbito familiar](#) se da con frecuencia, y también reiteradamente se pide su acceso a un recurso en el que pueda ser tratado adecuadamente, que bien se pretende con un alcance y duración que ahora mismo no encuentra reflejo en el marco de los dispositivos existentes, o bien no se proporciona en el momento en que puede incidir favorablemente en su estado.

Las soluciones mágicas no existen, aunque por nuestra parte tratamos de profundizar en el desarrollo de dichos recursos, dado que otras cuestiones se antojan más complicadas (decisiones sobre diagnóstico y tratamiento), y en este orden de cosas decidimos iniciar de oficio la [queja 16/5473 sobre el tratamiento asertivo comunitario](#) en nuestra comunidad autónoma.



Pues bien, la respuesta recibida de la Administración sanitaria se encarga de adelantar con carácter previo que el proceso de implantación es desigual, de manera que hay unidades de gestión clínica que cuentan con equipos de diferente nivel de dedicación, pero también hay otras unidades que desarrollan programas de tratamiento asertivo comunitario aunque no cuenten con equipo específico, sin perjuicio de que determinadas características de este tipo de tratamientos son predicables de la atención que dibuja el proceso asistencial integrado de trastorno mental grave, atribuible en principio a los dispositivos sanitarios clásicos dentro de la ordenación de los recursos de salud mental.

El análisis de la información suministrada junto a las prescripciones del III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, conocido como PISMA (2016-2020), y el contenido del documento marco para el desarrollo de programas de tratamiento asertivo comunitario en Andalucía, nos llevó a alcanzar las siguientes conclusiones:

- Que pocas de las experiencias de programas asertivos comunitarios contemplados en el informe de la Administración pueden considerarse Tratamiento Asertivo Comunitario en sentido estricto.
- Que en muchas Unidades de Gestión Clínica de salud mental se refiere la práctica de actividades comunitarias que se asimilan a las del Tratamiento Asertivo Comunitario, pero por las razones antes reflejadas no puede estimarse que su existencia implique la de tal tratamiento propiamente dicho, sino que debe entenderse como cumplimiento de las medidas que se plantean en el marco del proceso asistencial integrado de Trastorno Mental Grave y que pueden concretarse en su plan individualizado de tratamiento para un paciente concreto.
- Equiparar dichas experiencias con los programas TAC que venimos comentando, equivale a diluir el concepto de estos últimos, y poner en cuestión su necesidad.
- Además, por mucho que se diga que el plan individualizado de tratamiento de Trastorno Mental Grave contemple acciones similares para la atención de pacientes en situaciones especiales, lo cierto es que a la hora de explicar las que se vienen llevando a cabo en aquellas localizaciones que no cuentan con equipos diferenciados, las mismas vienen a identificarse prácticamente con la realización de visitas domiciliarias.
- Que aun cuando la consecución de los objetivos señalados en el III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) haya que entenderlos referidos al final del período de vigencia de aquel (2020), lo cierto es que la dotación de todas las Unidades de Gestión Clínica de salud mental con programas basados en el modelo de tratamiento asertivo comunitario aún se presenta como un objetivo lejano.
- Las modalidades de funcionamiento también son muy dispares, y lejos de representar ajustes a las circunstancias concretas del ámbito en el que se desarrollan los programas, nos gana la impresión de que vienen fuertemente condicionadas por los recursos, de manera que la disponibilidad de estos últimos es lo que marca el modelo de asistencia y no al revés.
- Se registra una patente falta de iniciativa en determinadas áreas geográficas en pro de esta modalidad asistencial, que no puede dejar de generar una gran preocupación en términos de equidad.

A la vista de lo anterior llegamos a formular a la Coordinación autonómica de salud mental un conjunto de sugerencias, cuya aceptación aún estamos pendientes de evaluar:

- 1.- Que previa recopilación de la información necesaria sobre los programas de tratamiento asertivo comunitario que se están desarrollando en la actualidad en nuestro sistema sanitario público, se lleve a cabo una evaluación de su funcionamiento a fin de determinar los que constituyen las mejores prácticas, con el objeto de que sirvan de referencia para el perfeccionamiento de los otros, así como para su implementación en aquellas áreas donde se carece de ellos.
- 2.- Que se adopte una actitud proactiva en torno a la implantación del Tratamiento Asertivo Comunitario, para que la misma no dependa en exclusiva de la voluntad de las Unidades de Gestión Clínica de salud mental, y se agilice el camino para la consecución del objetivo de contar en todas ellas con dichos programas, tal y como se recoge en el III PISMA.



- 3.- Que, aun respetando la adaptación a las necesidades que marcan las circunstancias concretas de cada Unidades de Gestión Clínica, se promueva el ajuste de los programas de Tratamiento Asertivo Comunitario a las directrices que recoge el documento marco para el desarrollo de programas de tratamiento asertivo comunitario en Andalucía, de forma que adquieran un mínimo de homogeneidad, y siguiendo aquellas se aliente la constitución de equipos diferenciados con profesionales dedicados a tiempo completo.
- 4.- Que se adopten soluciones de urgencia en todas las Unidades de Gestión Clínica que no cuentan con esta modalidad asistencial en su cartera de servicios, para evitar perjuicios añadidos por falta de equidad en el acceso al tratamiento de un colectivo de pacientes ya de por sí vulnerable y desprotegido.

Inciendo también en el ámbito de los recursos, aunque en este caso se trata de los del programa residencial de la fundación pública andaluza para la integración social de personas con problemas de salud mental, Faisem, hemos continuado la tramitación de la queja 17/4113, motivada en la [retirada progresiva de plazas del programa de apoyo domiciliario](#), en detrimento de la atención de muchos afectados por trastorno mental grave.

Promovida por un trabajador de dicho programa, se apunta la falta de acceso al mismo de pacientes que reúnen criterios para ello y que podrían beneficiarse de sus prestaciones, pues lo que se persigue es el incremento de la autonomía de personas que viven en sus propios domicilios, ofertándoles apoyo y supervisión, favoreciendo que puedan permanecer en los mismos.

Durante el año pasado recibimos los informes que habíamos solicitado tanto a Faisem como a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia, y ahora estamos a la espera de que el interesado alegue lo que estime conveniente conforme a los mismos, fundamentalmente en lo que se refiere a las ventajas comparativas que pudieran existir entre el programa domiciliario de Faisem y la ayuda a domicilio del sistema de dependencia, como paso previo para adoptar una resolución definitiva sobre este asunto.

## 1.12. Servicios de interés general y consumo

### 1.12.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

#### 1.12.2.1. Servicios de interés general

##### 1.12.2.1.1. Energía

###### 1.12.2.1.1.1 El nuevo bono social eléctrico y la protección al consumidor vulnerable

...

En segundo lugar, otro aspecto que ha tenido gran incidencia en el limitado alcance del nuevo bono social es la exclusión de todos aquellos suministros que antes tenían derecho al bono social únicamente por tener contratada una potencia inferior a 3 kW. En este grupo se incluían muchos suministros que no merecían este beneficio al tratarse de segundas residencias, locales de negocio o dependencias sin uso.

La exclusión de este grupo numéricamente muy significativo no se ha visto compensado por la ampliación en el número de personas y colectivos potencialmente cubiertos por el nuevo bono social, lo que ha determinado una reforma de la regulación, adoptada en el mes de octubre de 2018, cuya finalidad ha sido favorecer la entrada en el régimen de protección del bono social a aquellos colectivos que habían quedado fuera pese a su situación de vulnerabilidad social o económica. Así se han ampliado los límites de renta para familias monoparentales, personas con discapacidad y dependientes de grado II o III. Además se ha elevado un 15% los límites máximos de energía que anualmente tienen derecho a descuento. Asimismo, se ha extendido a estos colectivos la protección frente a los cortes de suministro por impago, así como a todas las familias con menores de 16 años a cargo.

...