

De ahí que por nuestra parte tratáramos de aglutinar esta inquietud mediante la incoación de un expediente de oficio, **queja 18/2113** dirigido a investigar la disponibilidad de esta técnica en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y evaluar la posible existencia de quebras de la equidad en el tratamiento de esta patología en función del lugar de residencia.

Pedimos para ello diversa información que nos fue facilitada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS, aunque tampoco nos hizo falta profundizar en su análisis en la medida en que, reconociendo que en la provincia de Huelva (unidad de hemodinámica integrada en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Cardiología del Hospital Juan Ramón Jiménez) la angioplastia primaria se venía realizando en horario de mañana de lunes a viernes, y solo las 24 horas como segunda opción tras la trombolisis en caso de ser necesario, hubo un punto de inflexión (el 28.5.18) a partir del cual se puso en marcha el programa provincial de Código Infarto, que conlleva la disponibilidad de la angioplastia primaria como primera opción durante las 24 horas, al tiempo que incorpora un protocolo de actuación para decidir la mejor estrategia de tratamiento en cada situación, de acuerdo con la guías de práctica clínica.

Además, aunque en principio aparecía como único punto discordante en el ámbito geográfico andaluz la limitación horaria que afectaba a esta técnica en la provincia de Almería, con una disponibilidad de 8:00 a 20:00 horas, con posterioridad también se nos indicó que desde el día 1.6.18 el Hospital Universitario Torrecárdenas había ampliado la cobertura del programa provincial del Código Infarto, que conlleva la disponibilidad las 24 horas al día, los 365 días del año.

1.11.2.3.4 Reproducción asistida

Junto a la consabida reclamación por demora en el acceso a los tratamientos que es objeto de quejas individuales y motiva nuestra periódica intervención a través de quejas de oficio, también nos encontramos en este punto con las que se sustentan en la **deficiente información recibida en torno a las condiciones de inclusión/exclusión del programa**, pues nos encontramos con peticionarias que han salido del mismo cuando se ha comprobado su baja respuesta ovárica, y aun resultando indiscutible el criterio técnico que la determina, esgrimen que desconocían esta circunstancia como causa impeditiva del sometimiento a los tratamientos.

Aun cuando los expedientes que se han generado por este motivo no han conllevado la admisión de las quejas, interesa destacar que en la última iniciada de oficio sobre este asunto (**queja 15/2594**) ya pusimos de manifiesto que la información resulta falta de sistemática y uniformidad en cuanto a los medios y los momentos temporales en los que se ofrece, recogiendo entre las recomendaciones realizadas la de **protocolizar la oferta de información**, incluyendo en todo caso la entrega de documentos escritos que resulten expresivos de las causas de inclusión y exclusión del programa, al tiempo que se asegure la notificación individualizada e igualmente escrita de la salida de aquel, en el momento en que se produzca la circunstancia determinante de la misma.

Desconocemos si el compromiso que nos trasladó la Administración sanitaria de constituir un grupo de expertos para la revisión de los documentos actuales y el diseño de otros comunes para todas las unidades de Reproducción Humana Asistida (RHA) se ha materializado, pero a la luz de lo expuesto tenemos necesariamente que cuestionarlo.

Por otro lado, las dificultades para la localización de gametos, tanto masculinos (queja 17/2607) como femeninos (queja 18/2014), en el caso de tratamientos que conlleven su donación, o las incidencias que marcan el comienzo de la asistencia en el nuevo hospital de Granada (queja 18/6634), son algunas de las cuestiones sobre las que también hemos intervenido en el pasado ejercicio.

1.11.2.4 Atención Sanitaria de Urgencias

La preocupación por la atención sanitaria de urgencias se mantiene en términos prácticamente parejos por lo que hace a los ámbitos extrahospitalario y hospitalario.

No hace falta recordar que esta modalidad asistencial es la que se relaciona más directamente con los riesgos más acuciantes para la salud y la vida, al menos en cuanto se refiere a la incidencia del factor tiempo para la atención, y esta circunstancia genera inquietud y preocupación por lo que a los dispositivos encargados de prestarla se refiere.

Como viene ocurriendo a lo largo del tiempo las cuestiones que se someten a nuestra consideración se podrían englobar en dos grandes grupos, por un lado las que ponen en cuestión la **suficiencia de medios puestos al servicio de esta prestación**, y por otro las incidencias acaecidas a raíz de demandas concretas de atención sanitaria urgente, significativamente la demora que ha presidido la misma, que puede conllevar riesgo para la salud y otros muchos inconvenientes para quienes las promueven.

1.11.2.4.1 Urgencias Extrahospitalarias

En principio, parece que contrariamente a lo que ha venido sucediendo en los últimos años las quejas encabezadas por plataformas vecinales o asociaciones ciudadanas en cuanto a los medios disponibles en una determinada área geográfica, predominantemente rural, se han sustituido por las que individualmente someten a nuestra consideración las circunstancias en las que se ha producido una determinada asistencia de esta modalidad, con predominio de las que protestan por la **demora en la llegada de los dispositivos móviles**.

Así, asuntos como: déficit de atención urgente de su mujer en Laroles (queja 18/1884); fallece su hijo por mala asistencia en urgencias de Níjar y demora en traslado al hospital (queja 18/5115); una hora para que su madre fuera atendida de urgencias (queja 17/4565); más de veinticinco minutos esperando a los servicios sanitarios de urgencia (queja 18/2831); demora en llegada de ambulancia que acude solo con el conductor (queja 18/2879); demora en la atención urgente de su hijo por quemadura en una mano (queja 17/6583); cuarenta y tres minutos tarda la ambulancia en atender demanda urgente de su abuelo (queja 18/2093); o demora en llegada de ambulancia para atender a su padre (queja 17/3077).

El análisis de estas situaciones y la valoración del respeto en estos casos del derecho a la protección de la salud de las personas afectadas se vuelve ciertamente difícil, pues partimos de la necesidad de conocer los medios con los que cuenta la localidad para atender la petición, y a veces nos vemos obligados a evaluar la corrección del triaje, y valorar las causas que han motivado la demora, que en muchas ocasiones obedece a la falta de disponibilidad de los medios referidos, que se encuentran activados para asistir otra demanda.

De ahí que el estudio conjunto de medios que en otras ocasiones se nos propone siga teniendo mucha relevancia, obligándonos prácticamente a realizar en estos casos una evaluación de políticas públicas, para la que no disponemos de medios adecuados, por muchos datos que requiramos en nuestras peticiones de información a los niveles de responsabilidad que correspondan.

Nuestra pretensión en estos casos pasa por cuantificar las situaciones más perentorias (demandas clasificadas con niveles de prioridad 1 y 2), y analizar los tiempos reales de respuesta en las mismas, para detectar en qué medida se ajustan o se separan de las cronas teóricas establecidas.

En el **Informe Anual** del año pasado comentamos las exigencias de evaluación de medios que la propia Administración sanitaria se había impuesto con ocasión del Plan de mejora de las urgencias, y planteamos la necesidad de que se completara, pero a este fin requeríamos que se establecieran nuevos parámetros que resultaran más favorables para la dotación de medios en las distintas localizaciones promoviendo la reducción de los tiempos de asistencia en los mayores niveles de prioridad de las demandas.

Hasta el momento, sin embargo, los supuestos que hemos analizado no nos permiten concluir ningún cambio, no ya en cuanto a los parámetros aludidos, sino en la dotación de medios personales o materiales cuyo incremento debería verse favorecido por la modificación de aquellos.

Así, de las quejas colectivas que se plantearon en el ejercicio de 2017 durante el año pasado hemos concluido las relativas a la demanda de un punto de atención urgente en Churriana (queja 17/836) y en Peñaflores (queja 17/3077). En esta última hemos llegado a formular **Resolución** que incluye recomendaciones para que una vez se cuente con los datos de la auditoría anunciada sobre **tiempos de respuesta**, se comparen los mismos con los objetivos fijados en el plan de mejora de las urgencias en atención primaria para la atención de las demandas calificadas con niveles de prioridad 1 y 2, valorándose una revisión de los medios en caso de que aquellos no se respeten. Igualmente proponemos que se valore el **desplazamiento de un pediatra al consultorio** de Peñaflores en una determinada

franja horaria, de manera que a la actividad de control del niño sano y vacunación se le añada la de consultas programadas. Y en último término solicitamos **que se fijen protocolos** para establecer con antelación los procedimientos quirúrgicos que, en caso de hacerse necesarios a resultas de una demanda de atención urgente, se van a practicar en el hospital al que se desplaza inicialmente al paciente (Reina Sofía), diferenciándolos de aquellos que, puedan ser programados, si el tiempo lo permite, y por tanto van a determinar su atención en el hospital de referencia (Virgen Macarena).

Por el contrario, algunas de las otras reflejadas en el Informe del año pasado todavía continúan tramitándose, recepcionándose durante 2018 la relacionada con la atención urgente en la sierra de Huelva (queja 17/0849).

En este caso valoramos la denuncia que invocaba un déficit de medios para prestar **atención urgente en el área de la sierra de Aracena y Picos de Aroche** a la luz de las novedades que han supuesto por un lado contar con un equipo móvil más ubicado en Aracena, que se añade al que poco tiempo antes había empezado a funcionar en Aroche, y por otro el Plan de mejora de las urgencias extrahospitalarias y sus prescripciones.

La información transmitida nos ha llevado a pensar que el régimen de atención es similar al de otras zonas, con dos EM como primera opción para atender las demandas de mayor prioridad, y subsidiariamente los de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias (UCCU), aunque como estos son movilizables, atienden primero las urgencias de su área y trasladan al paciente hasta un punto intermedio para que sea recogido por el equipo móvil.

Nos quedaba no obstante la duda sobre si dicho régimen es similar durante el horario ordinario de los centros de salud y consultorios, a la vista de las alegaciones de la interesada sobre los desplazamientos de los médicos y abandono de su actividad cotidiana, y esta circunstancia nos ha llevado a emitir **Resolución** para que se evalúe el orden de prioridad establecido en el plan operativo del área para que en dicha franja horaria su intervención a estos efectos sea siempre subsidiaria de la del equipo móvil de cobertura.

1.11.2.4.2 Urgencias hospitalarias

Por lo que hace al servicio de urgencias del hospital de Riotinto, tras la comunicación realizada por el personal del mismo a los ayuntamientos de las localidades afectadas, y que nos remitió en concreto el de Cumbres de San Bartolomé (queja 17/3688), se planteó fundamentalmente la **obsolescencia de la estructura física del área, y de diverso equipamiento, la progresiva pérdida de efectivos facultativos, y la dificultad de algunas especialidades para asumir pacientes** que les corresponden.

En el Informe del año pasado ya dimos cuenta de la recepción de los datos solicitados quedando pendiente de valorar su contenido. Así por lo que hace al primer punto se reconocía este aspecto en la evaluación reciente del plan andaluz de urgencias, apuntando la realización de algunas obras menores en espacios asistenciales y el área de admisión, compensándose esta situación con la baja presión asistencial que tiene el servicio.

En lo que respecta a la plantilla se nos decía que ninguno de los facultativos reside cerca del centro y que por este motivo existe una importante resistencia al establecimiento del turno diurno, afirmando que a pesar de que el proceso de interinización ha determinado la marcha del 40% de estos profesionales a otros centros más cercanos a su domicilio, en la actualidad la plantilla está al completo.

En cuanto a la organización funcional se informa de que se ha implantado el sistema español de triaje, se han establecido criterios consensuados de ingreso con las especialidades fundamentales, lo que permite al médico de urgencias ingresar directamente a los pacientes en el área de hospitalización, y se han reorganizado servicios para dar altas tempranas y permitir así el ingreso liberando camas en urgencias.

También se aludía a la adecuación de los tiempos de respuesta del laboratorio y las pruebas radiológicas para disminuir los tiempos de respuesta.

En definitiva, el informe señala las actuaciones que se han desarrollado para dar cumplimiento a la evaluación prevista en el plan de mejora de las urgencias hospitalarias, que habrán de ser objeto de seguimiento por el mismo,

de manera que, a nuestro modo de ver, será preciso que pase un tiempo prudencial para poder sacar conclusiones respecto de la incidencia de las medidas adoptadas en la mejora de los déficits puestos de manifiesto en la queja.

La **queja 13/5628** iniciada de oficio a raíz del fallecimiento de un joven sin hogar en el albergue municipal de Sevilla, tras haber sido llevado al servicio de urgencias de un centro de la capital, determinó hace algunos años nuestra participación, mediante la aportación de las alegaciones oportunas, al documento dirigido a actualizar el procedimiento marco de atención a personas en situación de riesgo social en las UGC de Cuidados Críticos y Urgencias.

Recordamos que entre los beneficiarios de dicho procedimiento se encontraban determinados colectivos (mayores o discapacitados) que acudían solos a demandar atención de los servicios de urgencia hospitalarios.

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.

Por su parte, un **protocolo de aislamiento para la atención en urgencias de los pacientes recién trasplantados** es lo que pide el promotor de la queja 18/4261, reiterando otras solicitudes similares previamente recibidas (queja 16/5138), sin que hasta la fecha nos quede claro la necesidad de espacios independientes en estos servicios para los mismos, al margen de las medidas tendentes a agilizar en lo posible su paso por aquellos.

1.11.2.5 Tiempos de respuesta asistenciales

La importancia cuantitativa y cualitativa de la demanda sobre los tiempos de respuesta que implican la realización de distintas actuaciones sanitarias nos lleva tradicionalmente a analizarla de una manera autónoma en el seno de nuestros Informes Anuales al Parlamento.