

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.