



Otras veces, percibimos que la información sobre la resolución de este tipo de procedimientos no fluye de la forma correcta, como resultaba de la tramitación de la queja 20/2165, que se iniciaba a instancias del interesado para solicitar su derivación al Hospital Marqués de Valdecilla (Santander), para ser sometido a un tratamiento (braquiterapia de alta tasa de rescate), que ante la falta de contestación determinó sufragar a su costa en una clínica privada y pedir el reembolso de los gastos ocasionados.

En esta actuación, informábamos al interesado de la excepcionalidad con la que la norma contempla el reintegro de los gastos por el recurso a medios sanitarios privados, y a la par, constatábamos una posible demora en la transmisión de la información dada al paciente sobre la negativa a la derivación al centro hospitalario pretendido, justificada en la baja de una persona del Servicio de Atención a la ciudadanía del Hospital Universitario Regional de Málaga (encargado de dar la información) y la declaración del estado de alarma, mereciendo por nuestra parte las oportunas consideraciones sobre la importancia de que la respuesta emitida sea comunicada con la mayor inmediatez, por las expectativas que en el acceso a determinado tratamiento o procedimiento depositan las personas afectadas por una patología compleja.

Igualmente, en la tramitación de la queja 20/3472, observábamos un déficit en la información facilitada sobre los motivos de denegación de la derivación a otro centro sanitario, en este caso, al Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid), para una valoración inicial de un posible tratamiento de lesión medular mediante terapia celular, solicitado a través del Hospital Costa del Sol Marbella. Sostenía el reclamante que había recibido una comunicación de la solicitud realizada, limitándose a informarle que había sido rechazada y nos remitía copia de la denegación de la solicitud, en la que se citaba una URL que remitía a los criterios para ser candidato al tratamiento ofrecido. Argüía el interesado, en consecuencia, desconocer los criterios y explicaciones por los que no podía ser valorado, al menos para una primera cita.

En esta ocasión, y tras nuestra intervención, se nos contaba la explicación dada al paciente en relación con la interpretación de imágenes radiológicas, por la que probablemente se había decidido que no es candidato al tratamiento propuesto, al considerarlo como un fenómeno crónico.

Ante ello y siendo diversa la casuística, hemos de redundar nuevamente en la importancia de la escucha e información y explicación a la persona interesada de las razones por las que se producen las decisiones sanitarias y administrativas en temas tan sensibles, reivindicando en cualquier caso que las actuaciones han de ser desarrolladas de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud en el marco legal anteriormente definido.

En otro orden de cosas, de la atención especializada forma parte, asimismo, la **rehabilitación**, que no siempre puede prestarse en el sistema sanitario público, cuando de supuestos muy específicos se trata.

En el caso al que aludiremos, se trataba de la rehabilitación cerebral que precisaba recibir un joven y que solo se dispensaba en un centro privado, al que pedía derivación su madre, indicando que la autorización estaba favorablemente informada por los especialistas desde septiembre de 2019, sin haber sido resuelta (**queja 20/0230**).

El afectado había recibido tratamiento en el Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral en Madrid, pero desde junio de 2019, aguardando la autorización, la familia había asumido el coste de la rehabilitación en un centro especializado de Sevilla, con el consiguiente sacrificio.

Desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud se procedió a emitir la autorización correspondiente.

1.11.2.4. Atención sanitaria de urgencias

En el presente año, se ha registrado un volumen de quejas relativas a la atención sanitaria urgente, hospitalaria y extrahospitalaria, similar al de años anteriores, en cuanto al número y características, destacando un denominador común en las mismas: su especial trascendencia social, por las circunstancias que llevan a demandar este tipo de asistencia médica y las consecuencias que se derivan de su no obtención a tiempo.



No obstante ello, conviene resaltar, como particularidad de este último año, las quejas registradas y ligadas a las circunstancias excepcionales que vivimos desde que se declarase el estado de alarma, que ha exigido implantar medidas preventivas y de seguridad, obligando a los responsables sanitarios públicos en nuestra comunidad autónoma a realizar una reordenación funcional y organizativa de sus distintos niveles asistenciales, vinculada a la duración de la actual situación, que gira en torno a garantizar el llamado doble circuito COVID/NO COVID, cuyo alcance y posibles inconvenientes son más acusados en el ámbito rural, cuando de atención sanitaria urgente se trata.

Por esta razón, determinamos iniciar una investigación de oficio (queja 20/6019), cuyo objeto es el análisis del alcance que la reorganización de los servicios de urgencias de atención primaria pueda tener en la población afectada por la suspensión de los mismos, conocer la previsión temporal del mantenimiento de la medida y, desde luego, obtener la garantía de su recuperación en los mismos términos precedentes.

La citada investigación ha tomado como modelo sometido a análisis el del Distrito Condado-Campiña de la provincia de Huelva, que da cobertura a sus siete Zonas Básicas de Salud, todas ellas de naturaleza rural, algunos de cuyos representantes Consistoriales nos trasladaron la importancia del servicio de urgencias dispensado en los centros de salud o consultorios fuera del horario matutino para sus respectivas poblaciones y el temor porque deviniera finalmente en una situación irreversible.

La valoración de las consideraciones y de la postura que nos traslade la Administración sanitaria arrojará conclusiones que, al tiempo de este informe, no han podido alcanzar este nivel de maduración.

Abundando en el propio concepto de petición de asistencia sanitaria urgente, cabe decir que suele ir pareja a una situación de extrema necesidad, lo que genera para la persona demandante y su círculo allegado un elevado nivel de exigencia en relación con la resolución de su problema de salud de manera rápida y efectiva, de ahí la trascendencia social aludida anteriormente de este tipo de intervención.





Del tenor de los testimonios obtenidos a través de las quejas tramitadas, se observa que hay ocasiones en que la asistencia urgente demandada y su inmediatez, es percibida de forma subjetiva por el paciente o su círculo estrecho, consistiendo en estos supuestos nuestra intervención en una labor de pedagogía e información sobre qué debe entenderse por asistencia sanitaria urgente, cómo se solicita la misma y la valoración que se produce para la realización de una clasificación inicial de prioridad del caso y la asignación del recurso correspondiente.

En esta labor aclaratoria, insistimos en que la valoración objetiva de la necesidad es apreciada por el facultativo, quien decide las medidas a adoptar y, en el caso de la extrahospitalaria, determina la derivación del paciente en vehículo ambulancia hacia un dispositivo de cuidados críticos y urgencias o a un servicio de urgencias hospitalario. Por ende, sustanciamos aquellas quejas en que, a priori, la situación objetiva de los hechos nos sugiere una atención que, por arrojar dudas o por su desenvolvimiento, requiere de nuestra supervisión.

Mención aparte merece la revisión anunciada del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, que es el instrumento organizativo del Servicio Andaluz de Salud responsable de orientar y marcar las pautas a seguir en la atención a las urgencias y emergencias.

Dicha revisión se publica en la página [web del SAS](#), y venía siendo demandada en diversos aspectos, como el de sus protocolos, por lo que, sin lugar a dudas, consideramos que se trata de una oportunidad para recoger los aspectos de mejora y corrección de incidencias detectadas en estos últimos años, quedando pendientes de su aprobación y consecuente publicación y difusión.

1.11.2.4.1. Urgencias extrahospitalarias

Del bloque de quejas de esta naturaleza, destacamos la [queja 18/0397](#), por la particularidad del caso, ya que a la gravedad del proceso de salud de la paciente se unían unas delicadas circunstancias sociosanitarias.

Iniciábamos las actuaciones a raíz del escrito que nos trasladaba el hijo de la paciente, de 58 años de edad, entonces recién fallecida, quien nos describía un cuadro médico de su madre de muy mala evolución, por el que había precisado en diversas ocasiones asistencia urgente y que finalmente desembocó en su fallecimiento.

En sus comunicaciones, el hijo de la fallecida nos describía un contexto familiar complicado, que llegó a provocar, al parecer, la confusión del médico en sus diversas atenciones urgentes, puesto que inadvertió una patología urgente y de gravedad, por achacar el estado de la paciente a un problema social.

En el curso de las investigaciones solicitamos informe a la Administración sanitaria competente, quien realizó un relato discrepante con los hechos relatados por el promotor de la queja, básicamente por haber sido prestada la atención sanitaria demandada, aunque no detectada la causa subyacente que la justificaba.

Constatamos en su sustanciación, que en el escaso lapso temporal de unos días, que ni siquiera alcanzaron el período de un mes, con al menos cuatro demandas de atención sanitaria urgente al 061 en diferentes fechas y con una clínica de muy desfavorable evolución, no se detectaron signos de alarma que determinaran la necesidad de estudios ampliatorios no demorables, ni el traslado a un centro médico, resultando que el juicio clínico de necesidad de actuación urgente no se produjo hasta una petición de cuarta asistencia urgente, al borde del fallecimiento, que finalmente se produjo.

Así, nos sugerían los hechos acaecidos que el juicio diagnóstico efectuado desde los servicios de urgencias en las tres primeras visitas no resultó acertado y, sin prejuzgar la actuación médica y su adecuación a la *lex artis*, consideramos este caso a luz del principio de humanización en la práctica asistencial y de la necesidad de coordinación sociosanitaria y advertíamos cómo una posible situación sociofamiliar compleja, había interferido de forma relevante con la detección de un problema de salud, condicionando la respuesta sanitaria, carente, a nuestro juicio, de una adecuada planificación entre los servicios sociales y sanitarios, que en definitiva había mermado el poder enfrentar la fase final de la vida y la muerte en una condiciones más dignas.



Fruto de ello, emitíamos una Resolución recomendando al Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada que en los supuestos de reiteración de avisos médicos, el servicio de cuidados críticos y urgencias del hospital mantenga un alto índice de sospecha, que permita adoptar decisiones facultativas por las que se facilite la detección de la posible presencia de enfermedades de naturaleza muy grave, especialmente en los casos de personas integradas en unidades familiares de convivencia en seguimiento sociosanitario y siempre que se aprecien déficits de cuidados en la atención al paciente.

En respuesta a nuestra Recomendación, nos complacía la respuesta de la Administración, en la que nos informaba de su aceptación e informaba del traslado de la misma a los directores de las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria, en cuanto responsables de su aplicación.

1.11.2.4.2. Urgencias hospitalarias

De este segundo bloque de quejas trasladadas por la ciudadanía en cuanto a la asistencia en los diversos hospitales de nuestra comunidad autónoma, merece nuestra atención especial la **queja 19/4327**, referente a la atención en el servicio de urgencias hospitalarias del Hospital Torrecárdenas, de Almería, centro que trajimos a colación en el informe del año pasado con el inicio de actuaciones de oficio en la **queja 19/1731**.

Así, respecto a este mismo centro, en la queja 19/4327 ocupaba nuestra investigación una primera alta de la paciente en el servicio de urgencias, sin diagnóstico orientado ni advertencia del plan de actuación urgente para llevar a cabo, frente a un ingreso en urgencias del centro hospitalario a los seis días con un escenario completamente diferente, diagnosticándose un cáncer terminal e ingreso en cuidados paliativos, lo que previsiblemente no habría influido en el fatal desenlace, pero hubiera permitido la mejora de la atención al paciente que encara los últimos momentos de su vida.

En esta tesitura nos dirigíamos al centro hospitalario para sugerir una revisión de los protocolos de atención en urgencias en el mismo, por derivación de atención primaria y concretamente un análisis del caso planteado, para determinar los elementos diferenciadores que hicieron aconsejable el ingreso en la segunda asistencia urgente y el alta en la primera, a fin de detectar áreas de mejora en la calidad asistencial.

Otras quejas de la atención en urgencias en centros hospitalarios han sido estudiadas desde un punto de vista asistencial y organizativo, como por ejemplo, la **queja 19/0956**, en la que el reclamante interesaba nuestra intervención por la demora en el diagnóstico de la patología padecida y por el traslado, a su juicio, en condiciones de riesgo para su salud, desde el servicio de urgencias del Hospital Virgen de las Nieves al Hospital San Cecilio, aduciendo ser el centro de referencia del interesado, por lo que formulábamos Resolución ante el Hospital Virgen de las Nieves, recomendando la revisión los casos y patologías atendidos por urgencias, susceptibles de sectorización hospitalaria por no requerir continuidad asistencial y, en caso de ser necesario, revisión de los criterios aplicados para los traslados de pacientes que pudiesen verse afectados por las mismas.

1.11.2.5. Tiempos de respuesta asistencial

Nos ocupamos en este apartado de las quejas relativas a los tiempos de respuesta asistencial, que suelen conformar el mayor volumen de quejas de entre las materias de salud investigadas anualmente y que, en cambio, en este particular año se han visto desbancadas por el número de quejas relacionadas con la pandemia ocasionada a causa de la COVID-19.

El momento crítico que desde el pasado año afrontamos como sociedad, efectivamente, ha llevado a un descenso en el número de peticiones dirigidas a esta Institución alusivas a las listas de espera.

Y no es extraño, puesto que la mayor parte de la ciudadanía ha sido consciente de la situación y, como ya decíamos en otro momento de este Informe, se ha comportado en consecuencia.

Vivimos inmersos en una pandemia que se antoja de duración incierta, en la que el peso de la atención sanitaria recae en los profesionales y en los centros sanitarios y debe desenvolverse en un contexto marcado por una fuerte presión asistencial.