



**Consejería de la Presidencia de la Junta de Castilla y León**  
**Ilmo. Sr. Director General de Relaciones Institucionales**  
**C/ Santiago Alba, 1**  
**47008 - VALLADOLID**

**Expediente: 1817/2020**

**Asunto: Paciente aquejada de COVID a quien se deniega acceso al Hospital Clínico de Salamanca / Resolución**

**Centro directivo: Consejería de Sanidad**

Ilmo. Sr.:

De nuevo nos dirigimos a V.I. una vez recibido el informe solicitado en relación con el expediente que se tramita en esta Institución con el número arriba indicado, referencia a la que rogamos haga mención en ulteriores contactos que llegue a tener con nosotros.

Como recordará V.I. el motivo de la queja era la situación de Dña. XXX, usuaria de la Residencia XXX de la localidad de XXX en Salamanca.

Según manifestaciones del autor de la queja, la Sra. XXX dio resultados positivos en COVID-19 el día 19 de marzo. Desde entonces su situación clínica empeoró notablemente hasta el punto de que en dos ocasiones el personal médico de la Residencia solicitó el ingreso en el Hospital Clínico de Salamanca, siendo éste denegado en ambas ocasiones por el facultativo de Medicina Interna de guardia del Hospital Clínico de Salamanca. La argumentación expuesta por parte de este profesional fue la existencia de un protocolo que lo impedía.

Admitida la queja a trámite e iniciada la investigación oportuna sobre la cuestión planteada, nos dirigimos a V.I. en solicitud de información correspondiente a la problemática que constituye el objeto de aquélla.

La cuestión se enmarca en el acceso de los pacientes de avanzada edad aquejados de COVID-19 o con sospecha de haber contraído la enfermedad ciertos recursos sanitarios (acceso a UCI y a respiradores), si bien en el presente caso la problemática se sitúa en un estadio anterior, esto es el acceso al Centro Hospitalario. En este aspecto resulta relevante conocer si existieron Protocolos o Instrucciones limitando este acceso, cuáles eran los criterios para limitar ese acceso (en caso de que existiesen),



en quién recayó la responsabilidad de tomar la decisión de “aceptar” al paciente en el Hospital y cómo se ha documentado tal situación a fin de, en su caso, revisar tal decisión.

Tomaremos como punto de partida para el presente caso toda la información obrante en nuestra Institución, tanto la recibida como consecuencia de la tramitación de esta queja como la existente en otros expedientes tales como la actuación de oficio 1431/2020 sobre “Mayores y COVID-19”.

En la información recibida en la presente queja se nos ha indicado la puesta en marcha por parte de la Gerencia Regional de Salud del nivel III del Plan de Respuesta Asistencial frente a la Infección por nuevo Coronavirus COVID-19. Se añade, asimismo, que *“se han establecido los procedimientos necesarios que permitan acceder al tratamiento para pacientes institucionalizados en residencias de personas mayores, que incluyen las medidas necesarias y dé soporte que garanticen la atención sanitaria adecuada a la situación; personal de apoyo de cuidados paliativos y de hospitalización a domicilio, prescripción de oxigenoterapia, control de nutrición, suministro de medicamentos de uso hospitalario, tratamiento antibiótico intravenoso etc.”*

En el caso de la Sra. XXX se nos informa específicamente de que fue diagnosticada de COVID el día 9 de abril tras realizársele la correspondiente PCR, que se le pautó tratamiento con Hidroxicloroquina y ceftriaxona y que tras su empeoramiento el día 28 de abril, la familia solicitó traslado al hospital. Se añade asimismo:

- Que *“desde el Servicio de Medicina Interna del Hospital valoran la situación y consideran correcto el tratamiento que está siguiendo la paciente en la residencia y no proceden por tanto a su traslado, contando además para el seguimiento coordinado del caso con un Equipo de coordinación entre Residencias, Complejo Asistencial de Salamanca y Atención Primaria que valora la situación de los centros y las necesidades de atención de los residentes y que dispone de un consultor del hospital, facultativo de los servicios de Geriatria y Medicina interna.”*

- El día 2 de mayo de 2020, la paciente ingresa en el servicio de medicina interna por un episodio de rectorragia. Antes de esa fecha no ha acudido al Hospital.

- Que desde la Gerencia Regional de Salud se han seguido las pautas de los Comités de Bioética y de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y de Unidades Coronarias (SEMICYUC).

- Se hacen asimismo una serie de indicaciones para concluir *“en el caso de*



*que se precisen cuidados continuados de mediana o alta intensidad que no puedan ser prestados en la residencia, se contempla dentro del procedimiento de actuación la derivación al hospital o recurso intermedio medicalizado”.*

Esta información es en gran medida coincidente con lo remitido para la citada actuación de oficio, y por esta razón son trasladables a este expediente muchas de las consideraciones en él contenidas.

Ahora bien existen especificidades que deben ser abordadas, entre las cuales y de extrema importancia, podemos citar las siguientes:

a) La importante disparidad de fechas entre lo manifestado por el autor de la queja (información suministrada a la familia) y la ahora remitida a esta Institución.

b) El ingreso de la paciente en febrero en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA).

c) Y como hito más importante y acaecido durante la tramitación de este expediente, el fallecimiento de la Sra. XXX.

Estimamos relevante la cuestión de la disparidad de fechas y ello por cuanto la interesada, según se nos indica por parte del autor de la queja, ya fue aislada en la propia Residencia el día 19 de marzo al haber “dado positivo” en las pruebas realizadas. Por otra parte el primer agravamiento del estado de salud de la Sra. XXX con una saturación del 70 por ciento, subida de la fiebre y 120 pulsaciones, se produce el día 23 de marzo, y ya desde este momento el personal médico de la Residencia contacta con el Hospital para su ingreso dado que el estado de la paciente es considerado grave. Según se nos informa, se hace en dos ocasiones, y el facultativo de medicina interna encargado de permitir los ingresos argumenta que la situación de la Sra. XXX (COVID, edad, situación de dependencia y deterioro cognitivo) impiden el ingreso según el Protocolo aplicable. Toda esta situación permanece constante en el momento de presentación de la queja, esto es el día 29 de abril, momento en el que el personal de la residencia reitera a la familia la necesidad de ingresar a la paciente, que permanece aislada y en situación de extrema gravedad, pese a lo cual desde el CAUSA se deniega el ingreso. Asimismo, en el momento de presentación de la queja, la familia argumenta que tanto la situación de dependencia como el deterioro cognitivo ya existían en el período entre el día 11 a 17 de febrero, periodo en el que la paciente permaneció ingresada sin que existiese óbice alguno a tal efecto, siendo la única diferencia entre ambos momentos la situación de crisis sanitaria por la pandemia y que la interesada precisamente estuviese aquejada de COVID-19.

En el ámbito de sus competencias, seguramente ante la proliferación de noticias acerca de la limitación de acceso a los recursos sanitarios únicamente por razón de edad,



el Ministerio de Sanidad publicó, con fecha 2 de abril de 2020, el “Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-19”.

En particular, en lo referido al tratamiento en los casos de personas vulnerables, este documento rechaza rotundamente que se use el criterio de edad de manera discriminatoria. *“No resulta en modo alguno aceptable descartar 'ex ante' el acceso a los medios asistenciales a toda persona que supere una edad”*, recoge sobre la base del artículo 14 de nuestra Constitución.

Los mayores de 80 años deben acceder a los centros hospitalarios y recibir igual tratamiento que el resto de los enfermos de coronavirus. Los hospitales no deben utilizar la edad de los pacientes como criterio para decidir si pueden ser ingresados en la UCI o usar respiradores. *«Los pacientes de mayor edad (en el texto se habla de 80 años), en caso de escasez extrema de recursos asistenciales, deberán ser tratados en las mismas condiciones que el resto de la población»*. En este mismo, sentido, insistimos, tampoco resulta adecuado limitar el acceso de cualquier ciudadano (de cualquier edad y condición) a la atención hospitalaria.

Hemos tenido ocasión de pronunciarnos acerca del documento en relación con el punto quinto del referido Informe sobre las *“Decisiones sobre cuidados intensivos de pacientes vulnerables”*. Como premisa indicábamos que no se alude únicamente a los pacientes de mayor edad, sino también a pacientes “con discapacidad en cualquiera de sus manifestaciones” y a los “colectivos de menores de edad en situaciones más vulnerables (menores objeto de abandono por parte de su familia, menores extranjeros no acompañados, etc.)”. El caso que ahora nos ocupa es el de una paciente de avanzada edad, aquejada de COVID-19, con un grave deterioro cognitivo y a quien presuntamente se ha impedido acceder a un recurso asistencial por esta causa, cuando fechas antes tuvo entrada en el sistema hospitalario por otra dolencia sin ningún problema.

Volviendo al documento del Ministerio de Sanidad, cabe señalar que se apoya en varias premisas básicas: el inviolable principio de igualdad del artículo 14 CE; la necesidad de garantizar en el marco del derecho a la protección de la salud (artículo 43 CE) el acceso a las pruebas diagnósticas; la importancia de que las decisiones adoptadas en relación con la salud de los pacientes lo sean atendiendo a los principios de equidad, no discriminación, solidaridad, justicia, proporcionalidad y transparencia; y que el uso de criterios de priorización, cuando fueran estrictamente necesarios por la escasez de recursos, se lleve a cabo con base en criterios objetivos, generalizables, transparentes, públicos y consensuados, sin perjuicio de valorar también los aspectos singulares e individuales que presente cada persona enferma por el virus. Asimismo se proscribire expresa y tajantemente la minusvaloración de determinadas vidas humanas por la etapa vital en la que se encuentran esas personas.



Por parte de la Consejería de Sanidad se nos remite asimismo el documento de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Críticos y Unidades Coronarias (SEMICYUC) sobre “Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos”, y las “Consideraciones éticas de la Comisión de Bioética de Castilla y León en relación con las medidas terapéuticas a seguir en las Residencias de carácter social (RRCS) durante la pandemia COVID-19 (ante una situación excepcional de desastre sanitario), versión de 5 de abril de 2020.

Ambos documentos dan pautas sobre la imposibilidad de aplicar criterios restrictivos a la hora de limitar el acceso a los recursos sanitarios en razón exclusiva de la edad, no observándose, a nuestro juicio, desviación alguna entre el contenido de estos documentos y el publicado por el Ministerio de Sanidad. No en vano algunos de los redactores de este último documento son miembros de SEMICYUC y han colaborado en la elaboración del documento de 2 de abril. Sin embargo el documento de SEMICYUC suscitó alguna polémica en la medida en que algunas fuentes lo consideraron como la base para impartir instrucciones por las autoridades de la Comunidad Autónoma de Cataluña en orden a la limitación de acceso de los mayores a los respiradores y a las UCIs.

De la documentación obrante en nuestro poder tanto la proveniente de la Consejería de Sanidad como del autor de la queja, parece que las limitaciones provinieron de las objeciones del internista con el que se contactaba desde la residencia, quien argumentaba la existencia de un Protocolo a tal efecto.

Sobre la cuestión debemos indicar asimismo que ya desde principios de marzo venían existiendo instrucciones de las diversas autoridades sanitarias sobre la forma de afrontar el COVID-19 en las Residencias de Mayores. Así el Ministerio de Sanidad elaboró un documento técnico el día 5 de marzo de 2020 que llevaba por título “*Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19*”. En este documento, concretamente en su página 5, se hace constar expresamente que “*no es necesario su traslado al centro sanitario si su estado general es bueno*”.

Por su parte el artículo 5.2 de la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros sociosanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, dispone expresamente: “*2. Para ello, el personal de la residencia deberá ponerse en contacto con el centro de Atención Primaria asignado, que actuará de forma coordinada con el médico de la residencia si se cuenta con este recurso. Tras una primera valoración del caso y si presenta síntomas leves, el paciente permanecerá en aislamiento en la residencia garantizando que se realiza seguimiento del caso. No obstante, si se cumplen criterios de derivación a un centro sanitario, se activará el procedimiento establecido*



*para tal efecto.”*

Posteriormente y en fecha 24 de marzo se publica otro documento por el propio Ministerio de Sanidad que contiene la *“Guía de prevención y control frente al COVID-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial”*. En el apartado 7 de este documento se establece la necesidad de aislamiento de internos que con resultados positivos o sospechosos pero en el apartado 9 se vuelve a reiterar que *“no es necesario su traslado al centro sanitario si su estado general es bueno”*.

Asimismo nos parece relevante traer a colación el Informe del Comité de Bioética con el Procedimiento para la Atención Socio-sanitaria en Residencias de Personas Mayores y de Personas con Discapacidad, ante la crisis sanitaria por el COVID-19, puesto que como ya hemos manifestado en una reciente Resolución (expediente de oficio 669/2020) hay que *“repensar”* el modelo asistencial que en estos momentos tenemos y los cuidados que dispensamos a nuestros mayores evitando situaciones de desatención o que se conviertan en ciudadanos *“de segunda”* por razón de su edad o de su discapacidad.

Por otra parte estimamos de especial importancia llevar a cabo medidas de vigilancia para evitar que exista una parte de la población, en sus casas o en las residencias, a los que se vete (haya vetado) el ingreso en los hospitales, y que, por ello, además, no sean considerados como víctimas de la pandemia porque no hayan podido acceder al sistema público de salud. En este punto consideramos importante llevar un adecuado y exhaustivo control de la situación de cada paciente con examen riguroso de la aplicación del procedimiento indicado *“ut supra”*. Y es que estimamos relevante indicar en el presente caso no solo las divergencias entre los datos (incluso la fecha del contagio de la Sra. XXX), sino que el acceso al sistema hospitalario tiene lugar por una rectorragia (sin indicar si esta dolencia puede ser accesoria al COVID-19, lo que la llevaría a ser considerada víctima de la pandemia).

Tampoco podemos obviar la posible (si bien esperamos que innecesaria) necesidad de priorizar accesos de pacientes a los recursos sanitarios en caso de un nuevo colapso del sistema, debiendo estar muy vigilantes ante esta eventualidad para evitar cualquier tipo de discriminación por razón de la edad de los pacientes o de otra naturaleza. A tal efecto las Consideraciones Éticas del Comité de Bioética expresan con claridad que la necesidad de *“cada decisión que se tome deberá justificarse y registrarse por escrito, pudiendo ser defendida públicamente, si fuera preciso. Siempre se deberá actuar con transparencia.”* (el subrayado es nuestro).

Para finalizar, en el caso que nos ocupa no ha quedado claro cuáles eran los síntomas de la paciente, ni siquiera cuándo se tuvo certeza de que estaba aquejada de la



enfermedad. Pero en todo caso si, como parece, los síntomas no eran leves, debió activarse el Protocolo de derivación y todos estos extremos, al igual que los contactos con el centro hospitalario, han debido quedar documentados y deben ponerse en conocimiento de la familia si los requiere; dado que, desgraciadamente, ya no pueden adoptarse decisiones respecto de la propia paciente.

Por otra parte y a la vista de la disparidad de los datos fácticos obrantes en nuestra Institución (los ofrecidos por los interesados y los remitidos por la Consejería de Sanidad), y puesto que no tienen carácter técnico ni científico, estimamos necesario que sean recabada la información precisa para verificar la realidad de los hechos. Esto es, cuándo se diagnosticó COVID-19 a la Sra. XXX, quién solicitó el ingreso en el Hospital y con qué premisas, cuántas veces y en qué fechas, si se documentó de forma indubitada la improcedencia de acceder al centro hospitalario por parte del internista o del Grupo Residencias COVID, y, por último, si el fallecimiento se produjo tras el deterioro de la salud de la paciente como consecuencia de la falta de ingreso hospitalario. De todos estos extremos (que habrán de ser recabados de las distintas fuentes: residencia y Administración sanitaria), si la requiere, debe darse cumplida y pertinente información a la familia.

En virtud de todo lo expuesto, y al amparo de las facultades conferidas por el Estatuto de Autonomía de Castilla y León y por la Ley 2/1994, de 9 de marzo, del Procurador del Común consideramos oportuno formular la siguiente **Resolución**:

**PRIMERA.- Que se extremen las medidas para garantizar el acceso de todos los ciudadanos a los recursos sanitarios en condiciones de igualdad sin que la edad o cualquier otra circunstancia personal o social puedan ser determinantes para limitar tal acceso.**

**SEGUNDA.- Que se extremen las cautelas para poder conocer la situación de las personas de la tercera edad (al margen de cualquier umbral de edad), evitando que existan grupos de población que no acceden a los recursos sanitarios.**

**TERCERA.- Que en cumplimiento de los diversos Protocolos y Programas existentes se evite que la edad sea óbice para acceder a cualquier recurso sanitario usando adecuadamente, en particular, los criterios expuestos por los Comités de Bioética y el “Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-19”.**

**CUARTA.- Que en aplicación de los documentos citados y en caso de establecer limitaciones de acceso por insuficiencia de medios, se documente de forma adecuada, motivada y por escrito la decisión tomada a fin de poder justificarla y/o exponerla en cualquier instancia.**



**QUINTA.- Que en el concreto caso de la Sra. XXX se lleve a cabo una investigación de los hechos a fin de verificar la realidad de los mismos (incluidas fechas) comprobando todos los datos en los términos contenidos en esta resolución y, si es requerida por la familia, se la proporcione toda la información recabada.**

Esta es nuestra resolución y así se la hacemos saber, con el ruego de que nos comunique de forma motivada la aceptación o no aceptación de la misma por parte del órgano que corresponda de la Consejería de Sanidad en el plazo de dos meses, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.2 de la Ley Reguladora de la Institución.

Una vez realizadas las comunicaciones oportunas, se acuerda publicar la presente Resolución en la página web de esta Institución, previa disociación de los datos de carácter personal que contuviera.

Pendiente de sus noticias, reciba un cordial saludo.

Atentamente,

EL PROCURADOR DEL COMÚN  
Tomás Quintana López