

¿Es esto un seguro de asistencia sanitaria?

Queja de un afiliado a MUFACE, asegurado en ADESLAS

Un paciente, vecino de un municipio de unos 6000 habitantes, acude a una clínica concertada (atención ambulatoria, consultas externas) con su seguro médico (ADESLAS) el día 14 de junio de 2021 por fuerte dolor en un costado. Es tratado como contractura de espalda, recetándole antiinflamatorios y miorrelajantes. Se establece una cita para el día 17 del mismo mes para realizar análisis de sangre y orina, y para comunicar su estado y evolución. No ha mejorado del dolor, además tiene fiebre y dificultad respiratoria.

El facultativo ausculta al paciente y decide hacer una radiografía. No está el radiólogo en la clínica. Entonces el paciente llama a un teléfono 900... (ADESLAS) y le dicen que puede trasladarse 65 km para hacerle una radiografía. Pero el paciente en su estado no está en condiciones de viajar.

En la clínica redactan un informe que dice: “remito a urgencias ante la imposibilidad de realizar Rx de Tórax que considero necesaria de forma urgente”. No obstante, al poco tiempo se presenta una Técnica de Radiología. Se hace la radiografía. El paciente pregunta “¿Qué tal? Le responden “no muy bien”.

Siendo las 3 de la tarde, el facultativo viendo la radiografía y el estado del enfermo (“fiebre, taquipnea”) decide igualmente derivarlo al servicio de urgencias más próximo, ubicado en el Hospital de la Seguridad Social, en la misma localidad.

Queda claro que es el propio centro concertado (la Clínica a la que acude el paciente) quien decide su envío a ese Servicio de Urgencias, de la Seguridad Social, sin duda fundamentado en que el caso requiere una atención urgente, pues concurren en un “paciente de 64 años”, “fiebre, taquipnea, saturación 94%” (según el informe citado anteriormente). (El término *taquipnea* indica una respiración rápida, acelerada).

Insistiendo, es el centro concertado donde atienden al paciente en principio, quien toma la iniciativa (y no el paciente) de derivarlo, dado su estado clínico, al Servicio de Urgencias de la localidad, al más próximo. Se entiende que la derivación a otro centro es por falta de medios.

Por otro parte, tal derivación, y con carácter urgente, se apreciará a continuación, estaba plenamente justificada, sin alternativa, pudiendo asimilar su estado a una urgencia médica vital, tanto que una vez visto en el Servicio de Urgencias de la Seguridad Social dispusieron su inmediato ingreso hospitalario (y durante varios días). De no haberlo hecho así, se provocaría, sin duda o en una probabilidad muy alta, un daño irreparable a la integridad física del paciente.

¿Qué se considera asistencia urgente de carácter vital? “5.3.2 Situaciones especiales de urgencia... Se considera situación de urgencia de carácter vital aquella en que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan presumible un riesgo vital inminente o MUY PRÓXIMO, O UN DAÑO IRREPARABLE PARA LA INTEGRIDAD FÍSICA DE LA PERSONA DE NO OBTENERSE UNA ACTUACIÓN TERAPÉUTICA DE INMEDIATO” (MINISTERIO DE HACIENDA Y FUNCIÓN PÚBLICA 15792 Resolución de 28 de diciembre de 2017, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado /MUFACE, por la que se publica el concierto suscrito con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma durante los años 2018 y 2019, y se regula el cambio de entidad prestadora de la asistencia sanitaria. Capítulo 5. Utilización de medios no concertados. 5.1 Norma general. 5.2 Denegación injustificada de asistencia. 5.3 Asistencia urgente de carácter vital en medio no concertado.

Antes de ir al Servicio de Urgencias de la Seguridad Social, desde la clínica donde estaba siendo atendido, el paciente, para notificarlo a ADESLAS, **intenta sin éxito hablar en 12 ocasiones con la delegación provincial de ADESLAS** (música, y “todos nuestros operadores están ocupados”). Entonces, ante esos intentos fallidos, dice al personal de la clínica que se ocupen de decírselo a ADESLAS. En más de 100 km ADESLAS no tiene ninguna clínica concertada para urgencias hospitalarias. El paciente aporta y envía la captura de pantalla del registro de llamadas desde su teléfono, donde se puede observar esos **intentos fallidos de comunicación con la delegación provincial de ADESLAS**, así como el intento de solución con el teléfono 900...

Ya en el Servicio de Urgencias de la Seguridad Social se le diagnostica una “neumonía con derrame pleural izquierdo; es ingresado y dado de alta el 28/06/21. Informe de alta: **“neumonía; derrame pleural paraneumónico complicado drenado; insuficiencia respiratoria parcial secundaria resuelta”**.

Pasó inicialmente a una habitación zona COVID, donde permanece por 2 días. Se le realiza también una ecografía torácica que mostró un **derrame pleural complicado**, que precisó colocación de un drenaje pleural e instalación de *uroquinasa* durante tres días. En su estancia hospitalaria, debido a su estado de postración y decaimiento general, los primeros días no pudo atender ni hacer ninguna llamada telefónica y los dos primeros días estuvo aislado como posible COVID. Diagnóstico: Neumonía con derrame pleural complicado. Ya en el Hospital le dijeron por qué había tardado tanto para que se tomaran medidas médicas adecuadas. El pulmón izquierdo está dañado y habrá que evaluar su porcentaje de funcionalidad en consulta.

Transcurren en total diez días de hospitalización (18/06/21 al 28/06/21). Cinco días después viaja a la capital de la provincia, a la delegación de ADESLAS, entregando el informe del centro concertado e informes del no concertado (Hospital público comarcal de la Seguridad Social).

A los pocos días le llega la notificación de gastos del Hospital de la Seguridad Social. Lo comunica a ADESLAS. Y recibe un **escrito denegando la autorización de asistencia**. Tales gastos, si ADESLAS no los asume, tendrá que pagarlos el paciente. Para su negativa ADESLAS argumenta que “no se ajusta a lo establecido en el Capítulo V del Vigente Concierto entre ADESLAS y su Mutualidad, ya que dicho ingreso no fue comunicado en el plazo estipulado al efecto” -48 horas-); “además usted debería haber acudido a centro concertado” (firmado *Servicio de Atención al Cliente*, ADESLAS Segur Caixa, S.A.). Lo anterior se recurre directamente, contestando de la misma forma.

No obstante, tales argumentos de ADESLAS no se corresponden con la realidad. El paciente, como se dijo, si acude a un centro concertado, y es este quien deriva al paciente al Servicio de Urgencias de la Seguridad Social en la localidad (plenamente justificado a la vista del estado clínico del paciente, con ingreso inmediato; el tratamiento que precisaba es hospitalario); y respecto al plazo de comunicarlo en 48 horas, el paciente, también se ha referido, no estaba en condiciones de hacerlo (durante su ingreso hospitalario, en su estado de decaimiento general, los primeros días no pudo atender ni hacer ninguna llamada telefónica; los dos primeros días fue aislado como posible COVID). Parece que desconocen lo que es la precariedad vital del estado del paciente. Todo esto al afectado le ha causado, además, daños morales (preocupaciones, inquietud, intranquilidad y desasosiego). Y cualquiera se preguntará si ¿es esto un seguro de asistencia sanitaria?