

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,