



discriminación en Andalucía, respecto del estado de la cuestión en otras comunidades autónomas (**queja 18/4809**).

Puesto que el texto íntegro de la Resolución emitida por esta Institución y los antecedentes, análisis y razonamiento contenidos en la misma pueden consultarse en el enlace precedente, nos limitaremos en este momento a reproducir las conclusiones alcanzadas en la misma, en forma de Recomendaciones dirigidas a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, de la que no hemos recibido respuesta:

1.- Que se clarifique la falta de vigencia en el ámbito del SAS de la Circular 6/81 del INSALUD, y se impartan instrucciones para que ningún centro abone dietas con arreglo a sus determinaciones.

2.- Que para contribuir a que los residentes en Andalucía disfruten del derecho a la protección de la salud en términos de equidad cuando son derivados para recibir asistencia a centros sanitarios distintos a los de referencia, se impulse la elaboración de una norma emanada de la autoridad competente y con rango adecuado, que habrá de publicarse en Boja, con el fin de que se regule con detalle el incremento prestacional que supone la indemnización por el desplazamiento cuando se usan medios ordinarios de transporte, así como las dietas en concepto de alojamiento y manutención, determinando los supuestos, las cuantías, y el procedimiento para la tramitación.

3.- Que en los casos en los que se contemple la indemnización por desplazamiento (gastos del viaje) se incluya la posibilidad de utilizar vehículo individual, en la medida en que es el medio que puede resultar más adecuado a las características de determinados pacientes.

4.- Que con independencia de la extensión y cuantía con la que dichas indemnizaciones se reconozcan, se prevea en todo caso la compensación de los gastos por alojamiento y manutención de los pacientes y acompañantes que son derivados para recibir asistencia sanitaria a unidades y centros de referencia nacional legalmente reconocidos.

Damos fin a este apartado con la referencia que estimamos obligada a la **falta de especialistas** de diversas categorías (sin ánimo de exhaustividad y a la luz de nuestras quejas, dermatólogos en el Hospital de Jaén, traumatólogos en Almería, anestesistas, rehabilitadores o urólogos), que inciden en gran medida en los tiempos de respuesta asistencial e incluso provocan la suspensión del funcionamiento de Unidades y Servicios.

1.11.2.4. Atención sanitaria de Urgencias

La atención sanitaria de urgencias y, de forma conexas, los problemas relacionados con el transporte sanitario urgente, forman parte del elenco de quejas cuyo peso específico no guarda una equivalencia real con la trascendencia del fondo del asunto planteado en las mismas, y no obraríamos de forma sensata si minusvaloráramos la importancia de denuncias que, aunque menos voluminosas y, por ello, con escasa entidad cuantitativa, nos trasladan carencias en las prestaciones y servicios sanitarios implicados en esta modalidad de atención, sobre todo cuando su fuente de conocimiento es cualificada por provenir de profesionales del sector.

La misma atención sanitaria urgente **parece estar necesitada de un replanteamiento organizativo**, si atendemos a la perspectiva profesional que nos llega desde diversas categorías y ubicaciones territoriales y geográficas, que plantean cuestiones de calado como la virtualidad del Plan Andaluz de Urgencias Sanitarias y las consecuencias de la implantación de sus protocolos (queja 19/0435 del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos); o la gestión de llamadas del 061 a través del Sistema Red (queja 19/0966, de representantes del 061 en Huelva); entre las más significativas.

Es por ello preciso que las quejas que surgen en torno a la atención sanitaria de urgencias, extrahospitalaria u hospitalaria, sean enfocadas desde un prisma muy analítico, absolutamente desvinculado del porcentaje que representen respecto del total, conscientes de las consecuencias más graves que las deficiencias en este ámbito comportan para la ciudadanía en general.



1.11.2.4.1. Urgencias extrahospitalarias

Las urgencias, esencialmente extrahospitalarias, íntimamente relacionadas con la prestación de transporte sanitario, pertenecen al grupo de quejas a las que aludíamos en la introducción de este apartado, para significar la trascendencia e importancia que presentan los planteamientos que giran en torno a las deficiencias detectadas en este ámbito, con independencia de su volumen o cantidad.

Las situaciones en que es preciso demandar atención sanitaria no demorable, por la alteración de ánimo en que sitúan a cualquier ciudadano medio y el riesgo de un desenlace fatal, generan gran alarma social en los casos en que afloran deficiencias o irregularidades, esencialmente concretadas en la insuficiencia de los puntos o equipos, en la demora en la llegada del dispositivo o equipo médico que debe hacerse cargo de la atención urgente y/o en los de carencia en la dotación de personal sanitario a bordo de los vehículos ambulancia.

Es una aspiración recurrente de diferentes ámbitos rurales la de obtener una **cobertura más o menos completa de la atención sanitaria de urgencias extrahospitalarias en la zona**, con una mayor dotación de equipos o de unidades móviles. Así quedó reflejado en peticiones como la de contar con un punto de atención urgente en el Centro de Salud de Churriana, la adscripción exclusiva de dos ambulancias para Antequera, el incremento de equipos de atención urgente en Cabra, de un equipo móvil para Castell de Ferro y la Mamola y, más recientemente, para Valverde del Camino, o la petición de atención de urgencias 24 horas en Manilva y en Peñaflo.

Los dos últimos planteamientos obtuvieron un pronunciamiento de esta Institución. En el caso de la localidad cordobesa, ya anticipado en el **Informe Anual 2018**, una vez analizados los medios puestos al servicio de la atención sanitaria urgente en la zona de Peñaflo y conscientes de que carecíamos de los elementos de juicio que permitieran constatar que dicha localidad se encuentra en inferioridad de condiciones con respecto a otras de características similares, recomendamos que se valorasen los medios precisos, tras la realización de la auditoría sobre tiempos de activación de los dispositivos de atención a las demandas urgentes y su comparación 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 (**queja 17/3077**). En respuesta a esta Recomendación se nos trasladó la introducción de nuevos objetivos básicos e indicadores, cuyo resultado desconocemos si ha sido finalmente evaluado para determinar los recursos necesarios.

En el segundo supuesto, el de la atención de urgencias 24 horas en Manilva, lo cierto es que desde la perspectiva somera de datos a nuestro alcance, concluimos que ni por volumen de actividad, ni por la gravedad de las demandas a las que corresponde aquella, ni por tiempos medios de respuesta, podíamos considerar que la atención extrahospitalaria urgente difiriera de los parámetros establecidos, con independencia de que posibles demandas de atención simultáneas o paralelas, obligasen a acudir a opciones previstas como subsidiarias en el plan operativo del Distrito.

Sin embargo, el conocimiento de que dentro del mentado plan se contemplaba la intervención de un equipo de asistencia urgente de carácter municipal -integrado por un médico y un técnico de emergencias sanitarias a cuya disposición contaban con un vehículo ambulancia-, en la franja horaria que va desde las 17:00 a las 8:00 horas (de lunes a viernes), cuyos datos de actividad no constaban, recomendamos que el Distrito procediese a recabar la información correspondiente a la actividad desarrollada por el mentado dispositivo municipal de urgencias, en orden a incluirla en la evaluación de la dotación de medios y la planificación de los recursos. Así como consideramos que debía clarificarse el régimen de funcionamiento del mismo e informar adecuadamente a la población para que pueda utilizarlo en sus justos términos (**queja 16/4546**). Y es que, **en ocasiones, las soluciones pasan por una adecuada comunicación y por un buen manejo de la información, que permita optimizar la gestión de los recursos existentes.**

En lo que atañe a las **demoras en las demandas de atención sanitaria urgente**, tampoco faltan discrepancias con el tiempo de llegada del dispositivo movilizado, o incluso actuaciones de oficio por parte de esta Institución, en las que centramos el foco en comparar, en términos de cronas teóricas, los tiempos reales de respuesta en relación con el nivel de prioridad asignado a la demanda.



En ocasiones la demora, sin embargo, no guarda una relación de causalidad con la indisponibilidad de equipos, ni con la zona geográfica en que se produce la demanda, sino con la gestión que del caso se realiza desde el Centro Coordinador de urgencias y emergencias 061, como ocurrió en el que nos trasladó la hija de una vecina de Málaga, finalmente fallecida, que denunciaba haber transcurrido una hora desde que efectuara la primera llamada al 061 hasta que acudieron al domicilio dos ambulancias sucesivas (**queja 17/4565**). La complejidad del triaje telefónico, la adecuada calificación del nivel de prioridad, la correlativa activación del recurso que de aquel deriva, u otras omisiones o deficiencias de coordinación, forman parte de una cadena que aunque no siempre anuda un resultado, influye en el mismo.

Como hicimos constar en la queja aludida, el protocolo de coordinación de la asistencia extrahospitalaria urgente y emergente del Sistema Sanitario Público de Andalucía establece unos principios generales que implican que el ciudadano que demande atención urgente reciba una respuesta adecuada a la gravedad del proceso que padece, siendo informado del recurso que le va a atender y del tiempo estimado de respuesta; el protocolo prevé igualmente la constitución de una Comisión de seguimiento y mejora de la coordinación de urgencias y emergencias SAS-EPES, entre cuyas funciones se contempla el análisis de las incidencias que se produzcan en cuanto al funcionamiento del mismo. Por lo que nuestra Recomendación se dirigió a propiciar que el caso fuera elevado a la citada Comisión de seguimiento y mejora de la coordinación de urgencias y emergencias del Distrito sanitario, para que analizadas las incidencias pudiera efectuar propuesta de mejora, trasladando a la interesada las conclusiones alcanzadas y las medidas en su caso adoptadas.

La **coordinación entre dispositivos** y la adecuada activación de los disponibles, es un elemento que contribuye a la eficacia en la gestión y, en suma, facilita la respuesta urgente. Para analizar sus posibles mejoras iniciamos de oficio la investigación tras el fallecimiento de un vecino de Olula del Río llevado para ser asistido a las urgencias de su centro de salud (**queja 20/0227**).

La inadecuada dotación de personal a bordo de los vehículos de transporte sanitario y la inadecuación de la modalidad del vehículo movilizado para la atención de la demanda sanitaria urgente, nos ofrece un compendio de relatos abrumadores, en algunos de los cuales se manifiesta la impotencia de los conductores cuando acceden a un habitáculo en el que han trasladado al servicio de urgencias más próximo (normalmente un hospital), a una persona que ha fallecido en soledad durante el trayecto.

Iniciamos en 2019 la tramitación, en este sentido, de las posibles irregularidades en las ambulancias asistenciales clase C o de soporte vital avanzado, denunciadas por un colectivo de profesionales sanitarios en la provincia de Málaga (queja 19/0648), o las deficiencias del transporte sanitario en Huelva (queja 19/1816).

Ambas quejas tienen su fuente en personal del sector sanitario, que expresan vulneraciones normativas del RD 836/2012, de 25 de mayo, en lo que atañe a las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal exigida para los vehículos de transporte sanitario por carretera, en función de sus diferentes categorías.

Específicamente, exponen que tales vehículos se emplean como ambulancias no asistenciales, que por ello van a cargo de un técnico de emergencias sanitarias, sin profesional médico ni de enfermería, que trasladan a pacientes teóricamente no precisados de asistencia sanitaria en ruta y que un solo técnico no puede afrontar determinadas situaciones, como movilizar a accidentados de tráfico, con lo que la precariedad en la asistencia provoca situaciones de ansiedad a las personas afectadas, atenta contra la integridad de aquellas e incrementa el riesgo de que el técnico sufra una agresión por parte de la familia.

No se trata de la primera vez que demandas de esta índole se ponen en conocimiento de esta Institución. Realmente el transporte sanitario, urgente o programado, está precisado de una profunda revisión, cuyas principales deficiencias puso de relieve la Cámara de Cuentas de Andalucía en su Informe "**Fiscalización operativa del transporte sanitario en el sistema sanitario público de Andalucía**", muchas de cuyas conclusiones respaldamos desde la óptica de las quejas conocidas a través de la ciudadanía en esta defensoría.



1.11.2.4.2. Urgencias hospitalarias

Por su entronque con la muy usual problemática de las dotaciones de personal en los servicios y unidades sanitarias y la **sobrecarga asistencial** en caso de insuficiencia, nos parece oportuno relatar la investigación iniciada de oficio al conocer el fallecimiento de una mujer mayor en las urgencias hospitalarias del Hospital Torrecárdenas de Almería, acaecida en el mes de abril de 2019 (**queja 19/1731**).

Las informaciones públicas iniciales afirmaban que trasladada aquella en ambulancia a dicho centro sanitario desde la residencia en la que vivía y evaluada y clasificada en el nivel de prioridad 2 por los profesionales de enfermería del servicio urgencias, falleció sobre la camilla en la sala común de espera, a las dos horas y media de su ingreso en el mismo, mientras esperaba la atención facultativa.

Reafirmada la adecuación de la clasificación inicial de la afectada en el nivel de prioridad dos en el informe remitido desde la Dirección del Hospital Torrecárdenas y reconocida, asimismo, la concurrencia de la superación de los quince minutos de espera establecidos en el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, para la dispensación de la primera consulta facultativa conforme a la precitada prioridad, ofreció el mismo las razones que ocasionaron este exceso, concretándolas en la concurrencia simultánea de circunstancias extraordinarias que produjeron el colapso del servicio: un pico en la demanda del tramo horario en cuestión, con una presión asistencial que califica de "enorme" y, por ello, imposible de asumir diligentemente por el número insuficiente de los profesionales que ordinariamente lo integran, junto a errores técnicos del funcionamiento de la centralita y en la visualización de los resultados de analíticas y de radiografías.

La Dirección nos comunicó haber realizado un análisis causa-raíz y la adopción de medidas de reorganización, seguimiento y mejora, si bien entre las relacionadas se comprendía una que escapaba a sus posibilidades de implementación: la solicitud de incorporación de tres nuevos facultativos al Servicio de Urgencias, trasladada a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.





Inquirida esta Dirección General al respecto por parte de esta Institución, a finales de 2019 confirmó haberse autorizado la contratación de dichos facultativos, si bien para un período limitado a seis meses y con la intención de rediseñar la plantilla del servicio para un futuro. Significativamente expresaba la constatación por la dirección del hospital de una mejoría en los tiempos de atención, ligada a las mejoras adoptadas, entre las que, como decimos, se encontró un refuerzo temporal del personal del Servicio.

Ciertamente, desvinculando el desenlace del retraso en la atención médica, lo que resulta incontestable es la insuficiencia de la plantilla facultativa del Servicio y, en consecuencia, la necesidad de su incremento estructural, más allá de refuerzos puntuales.

1.11.2.5. Tiempos de respuesta asistencial

La asistencia sanitaria a tiempo en el nivel de atención especializada, conforma el grupo de quejas ciudadanas más voluminoso de entre las materias de salud abordadas por esta Institución en cada anualidad, representando habitualmente entre un 25 y un 30 % del total.

Si tomamos en consideración que las listas de espera -como por lo demás otros asuntos que analizamos en este subcapítulo-, tienen su causa en diversos factores concurrentes (organizativos y de falta de personal sanitario, entre otros), encontramos que, en realidad, el tiempo en la respuesta asistencial **es el índice que revela otras deficiencias del sistema sanitario** que, a su vez, suelen fundar las disconformidades expresadas por la ciudadanía: defectos de información que frustra expectativas, indisponibilidad de prestaciones y servicios sanitarios por carencia de profesionales o insuficiencia de los mismos o, en fin, prolongación indeterminada en la incertidumbre sobre las causas a que obedecen los síntomas padecidos.

Esta Institución no acostumbra a valorar, en términos comparativos, la situación de las distintas listas de espera (intervenciones quirúrgicas y consultas de especialidades), tomando en consideración que no forma parte de su cometido la evaluación de políticas públicas, ni conoce los criterios que han determinado la reevaluación y conformación de las mismas. En cualquier caso, las cuantificación ex novo anunciada en 2019 por la Administración sanitaria, dificultan hacer un contraste objetivo y solvente respecto de los números arrojados por anualidades precedentes.

Más que una comparación -carente de interés desde la misión de esta Institución-, lo que centra nuestra atención es poner de relieve la perspectiva resultante del conocimiento de la realidad a través de los ojos de la defensoría, o, más exactamente, desde la mirada de las personas que fían su necesidad a la rectitud e imparcialidad de nuestra intervención.

Desde esta óptica, la medida debe ceñirse a un rasero meramente interno, es decir, al contraste entre los expedientes tratados en el ejercicio anterior y los que en la presente anualidad hemos abordado a instancias de las personas afectadas por demoras asistenciales de diversa índole.

Sobre estos pilares, la conclusión alcanzada es la de que se han duplicado las quejas alusivas a demora en el acceso a primera consulta de asistencia especializada y se han mantenido en niveles parejos las que afectan a procedimientos diagnósticos, a intervenciones quirúrgicas, con o sin plazo de garantía y a consultas de otros especialistas.

El estado de esta cuestión, en suma, no arroja una variación del sistema sanitario público andaluz en lo que se refiere estrictamente al volumen de situaciones que la ciudadanía traslada a esta Institución, que en conjunto iguala sus niveles ordinarios.

Para las citas de **primeras consultas de especialidades y procedimientos diagnósticos**, el Decreto 96/2004, de 9 de marzo, establece en 60 días la garantía de plazo de respuesta respecto de aquellas y en 30 días la de los segundos, considerando como primeras consultas las consultas programadas y en régimen ambulatorio que, estando incluidas en el Anexo II del Decreto, sean solicitadas por un médico de atención primaria para un facultativo especialista y no tengan la consideración de revisiones (artículo 3.b) y procedimientos diagnósticos los comprendidos en el Anexo III solicitados por los facultativos en consulta programada ambulatoria de un centro de atención primaria o especializada del SSPA o de un centro concertado que se determine.